

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

RAFAEL DIAS VALENCIO

**PRÁTICAS DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM SUS QUE PRODUZ VEREDAS**

VITÓRIA

2018

RAFAEL DIAS VALENCIO

**PRÁTICAS DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM SUS QUE PRODUZ VEREDAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientador: Professor Doutor Fábio Hebert da Silva

VITÓRIA

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

RAFAEL DIAS VALENCIO

PRÁTICAS DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM SUS QUE PRODUZ VEREDAS

Vitória, _____ de _____ de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros
(Universidade Federal do Espírito Santo) – Membro Interno

Professor Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
(Universidade Federal de São Carlos) – Membro Externo

Professor Dr. Fabio Hebert da Silva
(Universidade Federal do Espírito Santo)

Agradecimentos

À Universidade Federal do Espírito Santo, pelos encontros potentes que me proporcionou produzindo potência, liberdade, alegria.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) pelos ensinamentos ético-estético-políticos diante da vida, das produções científicas e no trabalho, especialmente Alexsandro Rodrigues, Ana Lucia Coelho Heckert, Ana Paula Figueiredo Louzada, Janaína Mariano César e Luciana Vieira Caliman, Rafael Gomes da Silveira.

Aos estudantes do PPGPSI, que estiveram comigo proporcionando maravilhosos encontros, mostrando que formação vai para além dos espaços instituídos, que as políticas de amizade muito nos fortalecem, especialmente Adrielly Selvatici Santos, Aline Moschen de Andrade, Chislei Bruschi Loureiro, Danilo Candido Lemos, Duérgnes Corrêa Assunção, Getúlio Sérgio Souza Pinto, Júlia Alano Porta, Livia Andrade Silva, Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro, Mariana Meireles Duarte Mota, Mateus Dias Pedrini e Yasmin Cupertino Reis.

A Silvia Crisley Alves de Jesus e Sônia Fernanda Fagundes da Silva Dias (Soninha), secretárias do PPGPSI, pela paciência e cuidado em todos os momentos comigo.

Ao professor Fabio Hebert da Silva por apostar na potência deste trabalho no fortalecimento de uma política de saúde que se faça pública. Pela paciência e compromisso mesmo em meio a todas as dificuldades que se colocaram neste caminho.

À professora Maria Elizabeth Barros de Barros pela disponibilidade, dedicação e companheirismo na construção de políticas de liberdade e amizade que se expandiram para além desta pesquisa, que se fortalecem na vida.

Ao professor Gustavo Nunes de Oliveira que solícito e disponível compôs a banca de qualificação e do mestrado dedicando-se a contribuir com esta pesquisa.

Às amigas Ligia Caroline Pereira Pimenta e Rafaela Gomes Amorim e Kelly Kristtine de Souza pelas conversas, força e apoio na revisão desse texto.

Aos queridos Barbara Marton Bittencourt Sampaio, Gilmar Barbosa da Silva Junior, Gustavo Alves Carlete e Paulo Henrique Nass que por meio de carinho e amor fortaleceram-me nas apostas que fazia.

À minha equipe de trabalho na saúde de Santa Teresa/ES, sempre atenciosos as minhas angústias e provocações, nossas conversas e nosso trabalho fizeram com que esta pesquisa fosse possível, em especial Andressa Venturini Demuner, Adriely de Pianti, Aparecida dos Santos Souza, Dayanni Tonini Totola Guidoti, Edialy Cancian Tetemann, Gilmar Duarte, Maria da Penha Regattieri, Mayra Campista Cortelete.

À população de Santa Teresa que me possibilita encontros cotidianos que transformam minha vida, me formando. As histórias que compartilhamos fizeram esta pesquisa ser possível.

Aos meus pais, Claudia da Silva Dias e Heber Valencio, aos meus irmãos, Isaque José Oliveira Valencio, Maria Eduarda Oliveira Valencio e Tatiany Dias Valencio, e aos demais de minha família, pelo compartilhamento da vida, pelos intensos momentos em que estamos juntos que me fortalecem e me fazem crescer.

Ao meu irmão Hesley Lopes Santana (*in memoriam*), que me apresentou a psicologia, mesmo que fosse senso comum, e se foi antes que eu me graduasse, mas que mesmo sem nunca saber me ajudou a encontrar uma psicologia que me potencializa todos os dias.

Aos encontros que a vida me proporciona produzindo potência.

De tempo somos.

Somos seus pés e suas bocas.

Os pés do tempo caminham em nossos pés.

Cedo ou tarde, já sabemos, os ventos do tempo apagarão as pegadas.

Travessia do nada, passos de ninguém? As bocas do tempo contam a viagem.

(Galeano, 2010, p. 7)

Resumo

O Sistema Único de Saúde se apresenta a partir da Constituição Federal de 1988, por meio da Lei 8080/90, como uma política de saúde que se pretende universal em seu acesso, equânime em sua atenção e integral nos cuidados. Por meio da Lei 8142/90 se garante, em termos legais, o controle social na construção do SUS. Tem-se, portanto, um aparato legal de garantia de direito e promoção da política de saúde garantida constitucionalmente. Apesar das legislações, portarias e resoluções a operacionalização de uma política de saúde não se dá em uma esfera legal, mas no cotidiano dos serviços, na relação entre trabalhadores e usuários. Esta pesquisa traz narrativas da experiência no NASF de Santa Teresa/ES, o modo como as práticas de apoio institucional e matricial foram desenvolvidas, no fomento de uma política de saúde que se faça pública e, portanto, coletiva. Ao longo do texto veremos como o trabalho de apoio desenvolvido pelo NASF busca se direcionar a práticas que promovam coletividade e saúde, sendo esta entendida como atividade normativa. Deste modo, este texto está dividido em três partes: As primeiras veredas, momento em que vamos narrando como surge o interesse nesta pesquisa bem como o modo como a equipe de Santa Teresa/ES começou a ser constituída, entendendo o NASF como dispositivo e as ferramentas de trabalho que lançamos mão; os conceitos de saúde enquanto atividade normativa e o que chamamos de apoio institucional e apoio matricial; e apresentamos os intercessores (clínica ampliada, produção de rede, territórios) que nortearam o planejamento e as atividades de apoio. Os encontros cotidianos nos serviços de saúde nos direcionam a uma experimentação do SUS que aumente potência de ação, que construa caminhos. Neste sentido, a prática de apoio traz em cena um novo arranjo de trabalho que possibilita fortalecimento de vínculos, criação de novos territórios existenciais, ampliação da capacidade de ação para produção de saúde. Pensamos, junto a trabalhadores e usuários, uma prática em saúde que produza novos caminhos, novos modos de trabalhar, compartilhando saberes e práticas, compartilhando vida, criando veredas.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; saúde da família; apoio matricial; apoio institucional.

Abstract

The Unified Health System is presented in the Federal Constitution of 1988, through the law 8080/90, as a health policy that is universal in the access, equanimity in the attention and integral in the care. Through the law 8142/90 is guaranteed, in legal terms, the social control in the construction of the SUS. There is, thus, a legal apparatus of guarantee of right and promotion of the health policy constitutionally guaranteed. Despite of the legislations, ordinances and resolutions, the operationalization of a health policy doesn't occur in a legal sphere, but in the daily of the services, in the relationship between workers and users. This research brings narratives of experience in NASF of Santa Teresa/ES, the mode how institutional and matrix support practices have been developed, in the fomentation of a health policy that is made public and, thus, collective. Throughout the text we will see how the support work developed by the NASF seeks to direct practices that promote collectivity and health, this understood as a normative activity. Thereby, this text is divided in three parts: The first paths, a moment we are narrating how comes the interest in this research as well the way that the Santa Teresa/ES work team began to be constituted, understanding the NASF as a device and the work tools that we resort; the concepts of health as normative activity and what we call institutional support and matrix support; and we present the intercessors (expanded clinic, network production, territories) that guided the planning and the support activities. The daily meetings in the health services direct us to a experimentation of the SUS that increases the potency of action, that builds paths. In this sense, the practice of support brings a new working arrangement that allows strengthening of links, creation of new existential territories, and enlargement of the capacity of action for health production. We think, together with workers and users, a health practice that produces new ways, new ways of working, sharing knowledges and practices, sharing life, creating paths.

Key words: Primary Health Care, Family Health; matrix support; Institutional support.

Lista de Siglas

ACS – Agente Comunitária de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

COMCAST – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Santa Teresa

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ES – Espírito Santo

eSF – equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

MS – Ministério da Saúde

NAPD – Núcleo de Atendimento a Pessoa com Deficiência

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

POP – Procedimento Operacional Padrão

PPGPSI – Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Primeiras Veredas	15
2.1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	15
2.2 NASF em Santa Teresa	22
2.3 Ferramentas de trabalho	31
2.3.1 Reuniões de equipe	34
2.3.2 Reuniões de matriciamento	36
2.3.3 Projeto Terapêutico singular (PTS)	41
3. Apoio como dispositivo de normatividade	43
3.1 NASF e as práticas de apoio	50
3.1.1 Apoio Institucional.....	52
3.1.2 Apoio Matricial	56
4. Intercessores.....	62
4.1 Clínica Ampliada	69
4.2 Experienciações em rede	74
4.3 Construindo territórios	84
5. Continuemos a produzir veredas... ..	92
6. Bibliografia	95

1. Introdução

Uma pesquisa, um texto, porém um texto que é eco, junção e multiplicação de vozes de usuários, trabalhadores, amigos, eus, nós. Um “nós” de pessoas e lugares que carregam em si suas histórias, encontros, passos. Este trabalho aqui apresentado não pretende carregar em si as verdades, mas veredas de um trabalho em saúde. O termo veredas comporta aqui um duplo sentido. Em primeiro lugar, sua relevância para a manutenção de água e da vida no cerrado. Em segundo lugar, um uso regional das populações do cerrado como rumos, trilhas, caminhos. Trata-se, portanto de uma abertura a novos rumos, potencialidade de produzir vida a partir de um terreno árido, que por vezes, são os trabalhos com políticas públicas em saúde.

Nesse paralelo, afirma-se um trabalho que busca construir caminhos que sejam produção de saúde, e que afirmem uma potência criadora da vida. Entendo que estes caminhos não estão traçados *a priori*, mas são construídos na medida em que vivemos e nos relacionamos no mundo. Produção de veredas, neste texto, implica criar modos de trabalhar na saúde em rede, aumentando autonomia dos sujeitos envolvidos, produzindo novas normatividades, outros arranjos coletivos.

Esta proposta de pesquisa emerge em meio à minha atuação como psicólogo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Santa Teresa/ES. Os caminhos trilhados no Sistema Único de Saúde começam antes da presente pesquisa de mestrado, ainda na graduação em psicologia, por meio dos projetos “Redes no território” e “Apoio as políticas públicas na Grande Vitória” (conhecido na região como “Humaniza”). Além da extensão universitária, desenvolvi minha pesquisa de Iniciação Científica investigando as práticas de integralidade e o trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde.

O projeto coordenado pela Prof^a Dr^a Ana Lúcia Coelho Heckert, chamado “Redes no Território: políticas públicas educação, assistência e saúde”, se propunha acompanhar os processos de participação da comunidade localizada geograficamente em Campo Verde (Cariacica-ES) na construção e implementação de políticas públicas naquele território. Entendendo que esta participação se dá para além dos espaços constitucionalmente legitimados (como conselhos locais, de escola, etc.). Há modos de participação popular na construção das políticas públicas

que transbordam a esses modelos e se dão no uso cotidiano dos serviços, nas redes de amizade e cumplicidade. Definir território apenas a partir de limites geopolíticos, dos mapas administrativos, não corresponderia à polifonia de usos e movimentos que percorrem o território, que produzem redes e singularidades (SILVA, 2014). A experiência do “Redes” contribui para essa pesquisa fortalecendo nossa aposta no conceito de território como conexão de redes que são da ordem do uso, da invenção, das experiências cotidianas em que sujeitos e coletivos se produzem.

A partir da inserção do Projeto Redes em Cariacica-ES foi proposto uma aproximação com apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH), firmando-se uma parceria entre município e o Ministério da Saúde. Apresentam-se, neste momento, várias questões que dificultam o processo de estruturação da rede de atenção à saúde no município: as verticalizações, a dificuldade de acolhimento, equipamentos sucateados e outras tantas questões figuravam ao lado de militâncias e o desejo de ver as melhorias no sistema de saúde. A partir da aproximação da Prefeitura de Cariacica com o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, surge o convite ao Programa de Extensão “Apoio às Políticas Públicas na Grande Vitória”. Esse programa visa ampliar as discussões e atividades em torno da Humanização da Saúde nos municípios da Grande Vitória, deste modo, estagiários e extensionistas atuavam como apoio institucional¹ nas redes.

A aproximação institucional gerou a realização de uma parceria em prol do fortalecimento da rede de Atenção Básica de Cariacica. Dessa forma, pactuou-se que os parceiros – Prefeitura de Cariacica (Secretaria Municipal de Saúde), Ministério da Saúde e Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – trabalhariam como direcionadores do projeto o processo de territorialização dos equipamentos de saúde.

Tal projeto era realizado por meio da divisão territorial do município, distribuindo para cada Unidade de Saúde uma área geográfica de sua responsabilidade. A questão emergente naquele momento era a seguinte: por que

¹ Falaremos desta modalidade de apoio adiante.

criar um projeto para esta divisão quando isto poderia ser feito por meio de mapas administrativos? Contudo, como aprendemos com o “Redes”, há muita vida e muito movimento que não cabem nos mapas burocráticos: o trajeto dos ônibus, os morros que dificultavam o acesso para idosos, gestantes e cadeirantes, as guerras de tráfico de drogas e operações policiais, os diferentes modelos de atenção à saúde² oferecidos pelas Unidades de Saúde. Toda essa variedade diz de uma territorialização que se faz a partir de pactuações coletivas (que incluíssem de fato o usuário), com o olhar cuidadoso sobre os territórios [sempre em construção] e suas nuances. Isso pressupunha, acima de tudo, a criação de vínculos, de redes (SILVA, 2014).

Para além da aplicação de técnicas dos aparatos biomédicos, a produção de saúde acontece em meio a conexões com território, com os usuários, na elaboração de processos de trabalho mais democráticos. É nesse sentido que a experiência do Humaniza, citado anteriormente, faz-se enriquecedor e marcante na minha vida e, conseqüentemente, na esfera do trabalho. A aposta que compartilho com ambos os projetos (Redes e Humaniza) é de que urgimos de uma prática em saúde que não se prenda a fatores biológicos e epidemiológicos (embora sejam importantes), mas que considere as singularidades de sujeitos e coletivos.

No ano de 2014 a Prefeitura Municipal de Santa Teresa criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, oportunidade em que passei a integrar a equipe na condição de psicólogo. Meu interesse em cursar o mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES) surgiu em meio a essa experiência de inserção em uma política pública, enquanto pesquisador-trabalhador que age sobre o próprio campo de atuação. Uma vez que o programa possibilita uma problematização das práticas em saúde, considerando os desafios na atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica de uma democracia institucional. Exercitar um olhar sobre o real, como processo de construção cotidiano a partir de multiplicidades e sempre em redes, é o princípio do trabalho e bússola para essa produção de caminhos em meio ao cerrado e às veredas.

² Em Cariacica a rede conta com unidades tradicionais (clínico geral, ginecologista e pediatra), Unidade de Saúde da Família, unidades apenas com PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde) e Unidades mistas. Além de algumas unidades terem especialidades.

A aproximação do aporte conceitual e metodológico, o modo de trabalhar, pesquisar e intervir nos processos institucionais que perpassam o mundo do trabalho, em especial as práticas em saúde, são, então, os fatores que justificam essa parceria com o PPGPSI. A partir destes encontros se fizeram possíveis as problematizações de práticas em saúde e da experiência de trabalho no NASF, que se constituiu como campo problemático desta pesquisa.

Neste trabalho se traz uma análise a partir das experiências vividas enquanto psicólogo do NASF de Santa Teresa/ES, nos encontros que foram possíveis junto com usuários e outros profissionais no decorrer deste trabalho. Como decisão metodológica, não traremos aqui discursos diretos das pessoas que perpassam este trabalho com suas histórias. O que apresentaremos é como, a partir das vivências, o trabalho do NASF e, conseqüentemente, as práticas de apoio foram sendo desenvolvidas e como a inserção desta equipe produz diferença no cotidiano dos serviços de saúde e nas comunidades a eles vinculadas.

2. Primeiras Veredas

2.1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Em meados da década de 70, em tempos de ditadura militar no Brasil, surgiu o que chamamos no campo da saúde de Reforma Sanitarista - um movimento que pensava em uma reforma democrática não só no âmbito da saúde, mas para toda sociedade brasileira (PAIM, 2007). Tais ações vieram como modos de resistência à ditadura, práticas de luta pela liberdade, de modo que a saúde seria uma resposta para uma mudança para toda sociedade. A reforma sanitaria produziu um rompimento no paradigma saúde-doença. Neste sentido, vislumbra-se o conceito de saúde não apenas sob o prisma orgânico, mas sim como uma transformação para toda a sociedade, no modo de ser comunidade.

Nessa direção, cinco princípios orientadores têm sido acionados para essas reformas planejadas: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social. As tentativas de acompanhamento dessas iniciativas indicam que a natureza das reformas é muito diversa, com variações no conteúdo e na dinâmica das mudanças (INFANTE et al., 2000). Na América Latina, as reformas em saúde podem ser analisadas considerando o timing em relação ao processo de redemocratização e às políticas de ajuste macroeconômico. No caso brasileiro, por exemplo, a proposta de reforma surgiu durante a redemocratização do país, anteriormente às políticas de ajuste. (PAIM, 2007, p. 30)

Tal movimento nos apresentou uma nova proposta de pensar e gerir as políticas de saúde. Esta proposta pressupõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, bem como afirma a responsabilidade de toda a sociedade pela qualificação, estruturação da política de saúde, garantindo assim a participação popular na produção de tal política (BRASIL, 1990a). Entende-se então uma proposta democrática de construção da política de saúde.

O Sistema Único de Saúde tal qual se apresenta hoje é fruto de décadas de lutas e militâncias de trabalhadores, intelectuais e usuários vinculados à Reforma Sanitarista. Seu marco legal está na constituição de 1988 (BRASIL, 1990b), a partir da qual a saúde passa a ser compreendida no Brasil como um direito humano conforme o artigo 196 da lei 8080/90 (BRASIL, 1990b). Um dos objetivos do SUS é o de promover transformação social, redução da desigualdade social, fazendo cumprir

seus princípios constitucionais: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990b).

O SUS é garantido constitucionalmente e sua operacionalização se constitui em três níveis de atenção, a saber: Atenção Primária (também chamada de Atenção Básica), Atenção Secundária e Atenção Terciária (BRASIL, 1990b). Estes três âmbitos de atuação do SUS são sustentados por diferentes projetos ético-políticos, que estão em constante produção e que se referem ao modo de pensar as políticas de saúde, seus focos de intervenção, suas práticas e direcionamentos. Assim, as ações realizadas nos serviços de saúde estão imersas numa tensão destes diferentes projetos, territórios, sujeitos e coletivos.

O termo Atenção Primária é utilizado na maior parte dos países a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, na Declaração de Alma-Ata, em 1978. O Brasil é um dos poucos países que utiliza o termo Atenção Básica no lugar de APS. Importante considerar que, apesar das diferenças teórico-conceituais entre elas, é necessário superar denotações de uma atenção que seja por cuidados mínimos ou primitivos. No entanto, o que tem se experimentado na APS são abordagens de um cuidado mais integral e resolutivo nas intervenções de promoção da saúde e, com eficiência nos custos.

A proposta do SUS neste contexto político brasileiro marcado por lutas sociais pretende-se construir uma política de saúde que se faça democrática. Tal movimento almejou construir um Sistema Único de Saúde que cuidasse das populações brasileiras em todos os aspectos, desde a prevenção ao adoecimento e a promoção de saúde até as necessidades que requeiram as mais complexas tecnologias em saúde. Deste modo, o SUS pretende ser, em seus princípios, uma política de saúde como direito de todos, equânime, e que atua de forma integrada, em rede, em suas diferentes complexidades tecnológicas.

A Atenção Primária a Saúde (APS) se configura, dentro do SUS, como um conjunto de cuidados essenciais, acessíveis nas comunidades (cogrido por elas) que envolvem ações de educação em saúde, preventivas, tratamento a doenças mais comuns, provisão de medicamentos essenciais, o cuidado às famílias em todos

os seus âmbitos e de maneira longitudinal. O que se tem como principal é considerar a saúde como um direito humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

A APS se organiza atualmente no Brasil como uma estratégia de organização do cuidado em saúde de modo que seja porta de entrada preferencial do SUS, bem como que a APS seja coordenadora dos sistemas de atenção. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011) propõe que, associado a estas duas estratégias organizativas, a APS tenha um enfoque de saúde e de direitos humanos, fortalecendo o caráter público, democrático e de transformação social do cuidado em saúde.

A fim de qualificar a APS nos termos aqui descritos são necessários que se façam operar atributos principais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O primeiro cuidado se remete à acessibilidade e ao acolhimento dos usuários e comunidades nos serviços de saúde. A longitudinalidade refere-se a um cuidado consistente ao longo do tempo, que se fortaleçam relações confiança entre profissionais de saúde e usuários e suas famílias. A integralidade pressupõe um cuidado em saúde que atenda as demandas dos usuários e comunidades, com responsabilidade e resolutivo, que se comunique em rede com outros pontos de atenção. Por fim, a coordenação que implica em conhecer as demandas da população adscrita, assegurar a continuidade do cuidado, sendo centro de comunicação de outros pontos da rede de atenção. Destes atributos principais podem se destacar mais um atributo derivado deles que é uma focalização familiar comunitária, tal atributo se remete a uma atenção em saúde que não focalize apenas em indivíduos ou doenças, mas que se amplie com uma integração dos serviços de saúde com as famílias e comunidades em que estão inseridas (BRASIL, 2011). Trata-se de considerar os indivíduos inseridos em um contexto sociocultural, em suas singularidades.

No Brasil existem diferentes modelos de estratégias de organização da APS objetivando atender aos cuidados primários e essenciais em saúde. Há o modelo tradicional em que profissionais generalistas atendem uma população sem uma ênfase no cuidado às comunidades. Existem também o modelo Semachko, se organizando a partir de uma tríade de clínico geral, gineco-obstetra e pediatra. Há o

modelo de medicina da família e comunidade centralizados em especialistas em medicina de família e comunidade. E, por fim, o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) que realiza uma atenção multiprofissional, de forma transdisciplinar, por meio de uma variada cartela de serviços com atividades individuais e em grupo, com responsabilização sobre um território adscrito (BRASIL, 2011).

A Saúde da Família se inicia em 1994, com o “Programa Saúde da Família”, que tem como proposta uma reforma do modelo de atenção à saúde no âmbito da APS, no qual o foco das intervenções em saúde passa a serem famílias e comunidade e não mais atender doentes de modo emergencial.

Em 2006 o programa é transformado em Estratégia Saúde da Família, o que vem consolidar este modelo de atenção se ocupando da promoção a saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Assim, essa estratégia de atenção à saúde se propõe ter como foco a promoção da saúde nas famílias, nas comunidades, considerando as culturas locais.

Entende-se a ESF como a estratégia de organização que tem resultados mais efetivos nos cuidados da APS uma vez que possibilita um maior escopo da atenção e do cuidado em saúde. Na ESF, quando comparado a outros modelos de atenção, tem-se uma melhor acessibilidade à serviços e profissionais, trabalham a partir de uma população adscrita, ofertam atenção e serviços fora dos estabelecimentos de saúde, junto às famílias e comunidades, além de um maior conjunto de serviços ofertados de modo a garantir a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A presente pesquisa foi desenvolvida no nível da Atenção Primária a Saúde (APS) dada a inserção do NASF dentro desta esfera de atenção. Consiste numa proposta de apoio, cuja efetivação é recente, em 2008. Trata-se de uma estratégia para ampliar o acesso aos serviços, e afirma a saúde como direito de todos, em consonância como os princípios do SUS (BRASIL, 2008a).

O NASF surge, em 2011, como proposta do MS como uma equipe que tem como objetivo dar suporte na consolidação da Atenção Primária a Saúde e como um modo de ampliar a cartela de serviços da mesma. Tal proposta emerge a partir da experimentação do apoio matricial (CAMPOS, 1999), conceito que será trabalhado posteriormente, que se expressa como uma nova proposta de arranjo organizacional

e nova metodologia de trabalho que possibilita tanto suporte para as equipes de referência quanto maior qualificação e resolutividade das intervenções realizadas.

O apoio realizado pelo NASF se dá a partir compartilhamento de práticas já presentes no cotidiano dos serviços, como reuniões de equipe, visitas domiciliares, educação permanente e outros. O que se traz de novo com a prática do NASF é a inserção dentro da APS de uma equipe multiprofissional, distinta dos profissionais das eSF's, que se corresponsabilizam pelos cuidados em saúde de um território adscrito. Tal inserção implica num rearranjo que busca horizontalizar as práticas de cuidado, bem como aumentar o escopo de serviços, ao mesmo tempo em que se qualificam as intervenções com resolutividade.

A prática de apoio implica em por em análise os processos de gestão do cuidado e seus efeitos na produção de saúde. O que este trabalho se propõe, deste modo, é debater as práticas em saúde que têm sido produzidas nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Santa Teresa com o apoio proposto pelo NASF, a partir de experiências de trabalho que serão aqui narradas, bem como análise de seus efeitos.

Segundo Iglesias (BUSS, 2000) existem diferentes práticas denominadas promoção da saúde: uma que passa pelo campo da orientação, do modo correto de se viver, de evitar doenças, que muito se confunde com prevenção; outra que aponta para uma promoção de saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), interligada aos fatores econômicos, biológicos, sociais e culturais. Porém, em nenhuma dessas duas há mudança no paradigma do conceito de saúde³, em ambas a saúde é definida como um bem-estar biológico, psíquico e social.

Para a realização desta pesquisa tomo como base os estudos de Georges Canguilhem (2009) para pensar a saúde como capacidade de criar novas normas, e não simplesmente como um *status* a ser alcançado. Tão pouco, aposta-se, aqui, na ideia de saúde como ausência de doenças. Utilizarei o conceito de saúde como a potência normativa (CANGUILHEM, 2009). Deste modo, a pesquisa está fundamentada na afirmação de que práticas de apoio dão força a esta capacidade

³ Tal conceito será trabalhado posteriormente.

normativa. Para isso é necessário explicitarmos as ferramentas utilizadas e quais intercessores⁴ nos ajudarão nas problematizações e análises.

O início das atividades do NASF se dá com um direcionamento de trabalho que busca construir uma política de saúde que é produzida COM as pessoas e não a despeito delas. Tal proposta engloba conjunto de desafios que perpassa o cotidiano dos serviços de saúde, com os quais trabalharemos nesta pesquisa. Nossa proposta é, destarte, compartilhar o trabalho que tem sido desenvolvido com Unidades de Saúde da Família (USF's) do município de Santa Teresa/ES desde a implementação do NASF. A Estratégia Saúde da Família com foco de atuação na promoção de saúde para o qual o NASF se integra como um importante apoio na construção e valorização desta proposta.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. (BRASIL, 2011)

As experiências de trabalho no SUS são atravessadas pelos desafios que surgem no próprio fazer da atividade e, de certa forma, este se configura como o movimento próprio da vida. Assim, as intervenções do apoio matricial são aquelas que expressaram um deslocamento dos modos de trabalhar no SUS, da produção de um modo ampliado de fazer clínica situada, em redes, como composição de territórios existenciais. Cada experiência de apoio fala, em suas singularidades, da importância dessa produção de veredas que se faz junto, que rega flores no deserto, na aposta de uma prática em saúde que produz vida. Um SUS que produz veredas.

Este artigo se propôs a compartilhar ideias e apostas, as quais afirmamos enquanto políticas, e também direcionam a um *ethos*⁵, ou uma postura do trabalho.

⁴ Tais temas serão trabalhados no decorrer do texto.

⁵ O termo grego *éthos* remete-se à maneira com a qual os indivíduos estabelecem relações. Um modo de ser, estar e compor o mundo.

Não se trata, no entanto, de uma busca pelo convencimento sobre um suposto modo de correto de se produzir saúde, mas do compartilhamento de práticas que afirmem a vida em sua potência.

2.2 NASF em Santa Teresa

Santa Teresa é um município na região serrana do estado do Espírito Santo com uma população de aproximadamente 24 mil habitantes (IBGE, 2017). Cidade marcada pela cultura italiana, contando ainda com algumas comunidades que possuem traços e costumes pomeranos. No que diz respeito aos equipamentos do SUS, o município possui oito equipes de Saúde da Família que cobrem 100% do território; serviço de saúde mental⁶; núcleo de reabilitação⁷; hospital Madre Regina Protmann⁸, algumas especialidades⁹ e equipes de Vigilâncias¹⁰.

Em 2014 o NASF é implementado como resposta a um projeto iniciado no ano anterior. O NASF surge em Santa Teresa como estratégia de ampliação do cuidado em saúde, dando suporte as eSF's nas atividades realizadas e possibilitando qualificar o cuidado em saúde.

O NASF, como dissemos, é um núcleo formado por uma equipe multiprofissional e se configura uma estratégia de apoio a atenção e a gestão da saúde no âmbito da Atenção Primária. Os NASF's não se constituem como serviços com unidades independentes (BRASIL, 2010b), estão vinculados diretamente às equipes de Saúde da Família e à Gerência de Atenção Primária a Saúde. A formação recomendada pelo Ministério da Saúde é de uma equipe multiprofissional que cumpra uma carga horária somada de 200 horas semanais, para dar suporte a, no máximo, oito equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

Em Santa Teresa/ES, a equipe é composta atualmente por uma assistente social, um psicólogo, duas fisioterapeutas, uma farmacêutica e uma nutricionista, totalizando seis membros, que atuam em todas as oito equipes de Estratégia Saúde

⁶ Em Santa Teresa existe o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) que funciona em Santa Teresa/ES como um ambulatório de saúde mental. Ele atende todas as idades, tanto transtornos quanto dependência de álcool ou outras drogas, com exceção do tabaco.

⁷ O serviço de reabilitação é realizado no Núcleo de Atendimento a Pessoa com Deficiência (NAPD). Apesar do nome ele é fortemente ligado à fisioterapia no âmbito da reabilitação física.

⁸ Trata-se de um hospital filantrópico em que aproximadamente 80% do atendimento são para usuários do SUS.

⁹ A maior parte das especialidades muda com o tempo, com destaque para cardiologia, pediatria, neurologia e pequenas cirurgias. Há ainda um médico gineco-obstetra que realiza os pré-natais de alto e muito alto risco.

¹⁰ Vigilâncias se referem aqui tanto a vigilância ambiental quanto a vigilância epidemiológica e sanitária.

da Família (ESF) do município, que, por sua vez, são responsáveis por todo território municipal.

O trabalho do NASF aqui narrado sob o prisma da equipe de Santa Teresa não pretende ser modelo para as equipes, mas compartilhar um *ethos* do trabalho, um modo de produção de saúde que se faz coletivamente. Uma clínica que se ocupa do cuidado, sendo este algo produzido nos encontros que o trabalho em saúde proporciona.

Numa dimensão organizacional estamos vinculados à gerência de Atenção Primária, regulamentada pela portaria ministerial da Política Nacional de Atenção Básica que

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19)

A APS é responsável por um acompanhamento longitudinal, ou seja, continuado, ao longo da vida das famílias e coletividades. Fala-se de uma atenção ao que se passa na comunidade, exercício de escuta qualificada e resolutiva. Para tal, é necessário que haja uma organização do trabalho em que trabalhadores e usuários possam compor entre si de modo a qualificar as práticas em saúde, repensando e formulando ações que produzam saúde com as pessoas. Essa talvez seja a maior riqueza e desafio do trabalho na Saúde da Família, a conexão de singularidades, formando rede.

As leis e normativas são referências importantes para o funcionamento do Sistema Único de Saúde e para o ordenamento dos serviços, mas são limitados dada as singularidades e as diferenças que comparecem no cotidiano do trabalhos. É preciso que as leis, normativas, protocolos se conectem a outros mecanismos de escuta construídos no cotidiano dos serviços, no dia-a-dia, nas relações que são tecidas a cada encontro nos territórios. Trata-se, portanto, não de apontar apenas questões macropolíticas, mas trazer para a pesquisa uma análise também micropolíticas.

A garantia de uma micropolítica processual, aquela que constrói novos modos de subjetividade, que singulariza, não se encontra nesse tipo de ensino. A garantia de uma micropolítica processual só pode – e deve – ser encontrada a cada passo, a partir dos agenciamentos que a constituem, na invenção de modos de referência, de modos de praxes. Invenção que permita, ao mesmo tempo, elucidar um campo de subjetivação e intervir efetivamente nesse campo, tanto em seu interior como em suas relações com o exterior. Para o profissional do social, tudo dependerá de sua capacidade de se articular com os agenciamentos de enunciação que assumam sua responsabilidade no plano micropolítico. (GUATTARI; ROLNIK, p. 30, 2013)

Trabalha-se aqui com uma proposta de NASF como dispositivo de transformação nos planos micropolítico, entendendo que a partir deste plano se faz possível pensar também uma mudança macropolítica. Dizer que opera em uma micropolítica, é afirmar uma dimensão do trabalho que compõe o cotidiano, o dia-a-dia, em ações que acontecem nos meandros dos protocolos, nas invenções necessárias para que o trabalho aconteça. O termo “micropolítico” nos diz sobre a processualidade de diferentes vetores e relações de forças que se operacionalizam do cotidiano das ações (GUATTARI; ROLNIK, 2013). Forma-se um modo de trabalhar com fluxos e pactuações no fazer do trabalho, na composição entre trabalhadores e com a comunidade.

A afirmação que se passa para além dos protocolos é dizer que há vetores que escapam esses processos e que também constituem no campo micropolítico. O “cafezinho”, por exemplo, indica que o cotidiano não é liso, que não é só protocolo ou reprodução, existem dimensões de conflito, afetivas, importantes e que indicam que o real não é só forma. Obviamente que as intervenções são tanto macropolíticas como micropolíticas, porém, o que nos manteve atento nesta pesquisa foi a possibilidade de olhar para questões que passam despercebidas nas normativas e ações comuns do cotidiano, que se constituem como práticas de produção de saúde.

O NASF como dispositivo se remete ao fomento práticas de saúde com as famílias e comunidades que visam um rearranjo social, instituição tecnologias de saúde, produzindo subjetividades. Dispositivo é constituído de uma rede de diferentes elementos, uma multiplicidade de forças que produzem sentidos, discursos e práticas (DELEUZE, 1996).

Os dispositivos expressam uma possibilidade de podermos trabalhar a partir dessa dimensão de relação. Pensar o NASF como um dispositivo micropolítico é operar fomentando a corresponsabilização dos indivíduos sobre sua própria saúde, na inclusão de toda equipe e usuários na produção de propostas terapêuticas, no exercício de transversalização das práticas em saúde.

Deste modo, vislumbramos uma democratização da gestão, de modo que todos são corresponsáveis pelos processos de produção em saúde. O que se propõe então é que, ao invés de se ancorar numa política de controle sobre as famílias, possa-se conversar e traçar modos comuns de se viver, numa produção de saúde que se dá junto com o outro, no enfrentamento dos desafios concretos.

Apostamos num modo de operar o processo de trabalho que é dispositivo para se colocarem em análise as práticas de saúde, como proposta de política pública, com seus princípios e diretrizes, e com sua concretude e singularidade. Assim, faz necessário que se parta do princípio que em uma unidade de saúde estão presentes diversas pessoas e modos de funcionamento, entendendo que existe uma dimensão singular de sujeitos e territórios. Falamos de processos de trabalho que são inventados e reinventados. Numa Unidade de Saúde, portanto, existem muitas, tal como em um NASF existem muitos, isso implica na possibilidade de, a cada novo encontro, nos reinventarmos enquanto equipe para produzir novas normatividades sobre as práticas em saúde.

Falar do trabalho como mutável, inventivo e normativo faz colocar em jogo os diferentes projetos de prática em saúde presentes, de modo que as alianças, aproximações e afastamentos de uma equipe variam neste processo. Colocando em análise as conexões no cotidiano do trabalho, pode-se perceber que em determinados momentos algumas relações com equipes, profissionais e usuários esquentam, em outros, esfriam. Variando seus modos de operar e se permitindo fortalecer e possibilitando mudança.

Uma das experiências do NASF que nos ajuda a pensar sobre a potência de (re)invenção dos modos de ser equipe e no apoio como dispositivo micropolítico, evidenciou-se no momento que uma profissional de uma das equipes adoeceu com um problema de saúde mental. A referida técnica pertencia a uma equipe

considerada por todas as demais como desunida, com processos de trabalho fragmentados e, em que havia pouca possibilidade de composição com o NASF, visto que “não conseguiam compor nem com eles mesmos” (segundo boa parte da equipe).

Diante da problemática colocada pelo adoecimento de uma trabalhadora emergiram duas propostas de ação para equipe. Em primeiro lugar, o afastamento da profissional por motivos de saúde. Em segundo lugar, uma corresponsabilização pelo cuidado tanto nos processos de trabalho quanto para além deles. Importante dizer que estes dois processos estiveram o tempo todo em jogo.

Esperava-se uma desresponsabilização da equipe pela colega, seguindo um processo de fragmentação que vinha se passando, porém, o que ocorreu, de fato, foi uma aproximação dos trabalhadores. O processo de adoecimento disparou um fortalecimento coletivo da equipe que passou a se reunir e nos convidar (NASF) para ajudar. A equipe “desunida” se mobilizou não para afastar, o que seria o protocolo legal, mas para pensar em estratégias de produção de saúde de modo que intervisse, não apenas no processo de adoecimento daquela profissional, mas problematizando modos de funcionamento para toda a equipe e usuários.

Juntos, propusemos uma modificação no processo de trabalho da equipe de modo a fortalecer todos os profissionais. Em reunião redefinimos os fluxos de trabalho, bem como, junto com a colega de trabalho, elaboramos um plano de cuidado que pressupunha o projeto terapêutico para cuidar da mesma.

Ressalta-se, na ocasião do adoecimento desta profissional, uma prática de apoio do NASF como dispositivo micropolítico de criação, possibilitando que novos modos de operar possam emergir. A produção de saúde como normatividade que embasa esta pesquisa. Agir com uma perspectiva do trabalho que nos permita surpreender, sair do campo do reconhecimento, dado e instituído e, nos fortalecer coletivamente.

As equipes se articulam com o NASF visando à criação de estratégias que respondam a problemáticas que surjam no cotidiano dos serviços. O NASF consiste

numa equipe que se propõe a atuar por meio do apoio matricial¹¹ às equipes de Saúde da Família – o que pressupõe um processo de vinculação com as equipes que permita construir coletivamente processos de trabalho bem como construir as práticas de intervenção no território.

A prática de apoio é dispositivo de mudança e fortalecimento de práticas coletivas que visem superar os processos de fragmentação do trabalho, “então a ideia do apoio matricial é personalizar essas relações, criar uma dinâmica de interação dialógica, reconhecendo o núcleo e o papel de cada um, as diferenças” (CAMPOS, 2012). É neste sentido que se configura um campo problemático para o trabalho do NASF a possibilidade de compor com as equipes.

Quando a equipe do NASF inicia o trabalho não nos é dado nenhum protocolo ou procedimento operacional padrão (POP), ficando sob a incumbência da própria equipe construir o processo de trabalho junto às equipes apoiadas, utilizando como base o material do Ministério da Saúde. Iniciamos, então, nos reunindo com as equipes de Saúde da Família (eSF), apresentando-nos, ouvindo as demandas trazidas. A maior parte dos pedidos das equipes era por atendimento ambulatorial e visita domiciliar.

Os POP's são importantes ferramentas para organização da rede orientando e dando base operacional para os trabalhadores nos processos de trabalho. São procedimentos generalistas que definem passo a passo e protocolo para realização de determinados processos. O caráter limitante desses surge quando se pressupõe aplicá-los em todos os casos, o que nem sempre se faz possível dada a singularidade dessas famílias, de sujeitos e territórios. Faz-se importante uma prática em saúde que não seja estanque em protocolos, mas que permita se transformar com os desafios do trabalho e as necessidades do território.

Nos primeiros encontros fomos nos conhecendo, tentando estabelecer vínculo e acolhendo as demandas trazidas, que eram majoritariamente de atendimento individual e visita domiciliar. Recebíamos essas demandas em papéis de recado com listas de usuários a serem atendidos ou guias de referência e contra referência. Tais guias são protocolos de encaminhamento entre unidades hierarquizadas, que

¹¹ Esta modalidade de apoio será trabalhada posteriormente.

auxiliam na comunicação e na resolutividade da atenção e da integralidade dos serviços. Semelhantemente a outros protocolos é necessário que se articulem a espaços coletivos (CAMPOS, 2000) de construção de protocolos, projetos terapêuticos não só na APS, mas também nos outros níveis de atenção.

Nas reuniões da equipe NASF discutíamos esses encaminhamentos que sempre víamos com um incomodo: “por que recebemos encaminhamentos assim se somos Atenção Básica e não equipe de especialidade?”. Entendemos que era necessária uma relação de confiança para poder construir outros caminhos para o trabalho que não fosse restrita a atendimento individualizados.

O formato encaminhamento era, de certa forma, uma desresponsabilização, pois distanciava mais que aproximava. De modo que eram encaminhados e não se sabia mais sobre o usuário, não havia um plano longitudinal de cuidado, como a construção de projetos terapêuticos ou reuniões de matriciamento. Este distanciamento expressa um modo de fazer gestão em saúde que verticaliza e burocratiza os processos de trabalho se restringindo a seguir diretrizes, não estando juntos na composição dos protocolos, fluxos e agendas, o que produz como efeito uma fragmentação dos processos de trabalho e o afastamento das pessoas.

Encaminhar via um documento, uma ficha preenchida nos impedia de conversar em equipe, de traçar planos comuns. Além disso, este modo de trabalhar revela o próprio funcionamento de equipes que tendem a tratar de maneira protocolar e dura o fluxo do atendimento. Isso não quer dizer que os encaminhamentos e protocolos não são importantes, mas que naquele momento era preciso criar uma rede de conversa como modo de produzir algumas modulações no modo de organização do trabalho. Tornou-se nosso objetivo intervir neste funcionamento a fim de produzir fluxos mais permeáveis a conversa, que vissem o usuário como um sujeito integral, e que de modo algum caberia restritamente nos protocolos.

Passamos a conversar com as equipes (principalmente enfermeiros e ACS's) sobre quem eram os usuários que encaminhavam, e por que necessitavam de atendimento do profissional do NASF. Essas questões colocadas permitiam tanto ao NASF quanto às equipes pensar acerca do usuário e do próprio processo de

trabalho. Permite-nos entender que este modo de trabalhar é um modo fazer gestão da política de saúde, uma vez que nos cabe definir e pensar tais fluxos. Deste modo acolhemos as demandas e negociamos reunião com as equipes para traçar propostas terapêuticas para os casos que encaminhavam e que as visitas seriam feitas com profissionais das equipes.

As reuniões e visitas compartilhadas foram estratégias de corresponsabilização pelo cuidado, falaremos mais disto adiante. O que criamos foi um modo de conseguir nos conectar tanto com os profissionais da unidade quanto com a comunidade em si. As discussões de caso nos permite acessar o funcionamento próprio da equipe, e assim poder pensar as ações que são desenvolvidas coletivamente, NASF e ESF. Estas duas ações, atendimentos e reuniões com as equipes, foram fundamentais para ganhar a confiança e produzir vínculo com os profissionais das unidades de saúde.

Trata-se de colocar em questão os processos de trabalho, de modo que trabalhadores e usuários se reconheçam como gestores da política de saúde, conforme discutiremos a diante. Entende-se, portanto, que fazer gestão em saúde que está para além da figura do gestor institucionalizado, como os secretários de saúde, gerentes ou coordenadores. Pensar a gestão em saúde, na direção de nossa aposta, implica em trazer a dimensão pública para a conversa, que não se limita apenas à dimensão organizacional dos processos de trabalho, mas é perpassada por diversos vetores como sujeitos, desejos, interesses, necessidades, composições, etc. Considera-se, inclusive, que cada experiência de apoio vai expressar uma dimensão constituinte do NASF. As ferramentas e intercessores que lançamos mão neste trabalho são aqueles que nos formam e nos direcionam. No cotidiano do trabalho surgem problemáticas que nos permitiram construir os fluxos de trabalho e traçar propostas de intervenção com trabalhadores e usuários.

Inicialmente os trabalhadores do nível central da secretaria pouco atuaram em conjunto com o NASF, restringindo-se a responder trâmites administrativos e pouco auxiliando na construção de processos de trabalho junto as equipes da APS. Tal modo de fazer gestão, verticalizado, prejudicava o encaminhamento de algumas questões, pois tornava o processo moroso, burocratizando os processos de trabalho e distanciando os trabalhadores.

Com o tempo negociamos a construção do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que narraremos posteriormente. O GTH possibilitou uma maior aproximação dos trabalhadores no nível central da secretaria com os demais, criando uma rede de conversa entre nós. O que se obtia com o GTH era o fortalecimento dos trabalhadores na gestão do seu próprio trabalho, na construção dos processos de trabalho, bem como a criação de redes de conversa de modo a fortalecer as equipes e o trabalho que desenvolvem (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Não foi em todas as USF's que o NASF conseguiu produzir um vínculo, de modo, que fosse possível problematizar os processos de trabalho. Das oito unidades de Santa Teresa/ES quatro ficam na região central e as outras quatro no interior. As USF's do interior são um constante desafio para a construção de processos de trabalho em comum com o NASF. Por diversas vezes, em reuniões de equipe essa vinculação foi pauta, com diferentes estratégias tentadas. Na análise da própria equipe aponta para dois fatores diferentes, mas que são interligados e se configuram como principais dificultadores. Em primeiro lugar o transporte, por diversas vezes agendamos com a equipe e não conseguimos transporte até as unidades, o que fragiliza a credibilidade com tais equipes. Em segundo lugar e como efeito da dificuldade de transporte está o distanciamento físico, compartilhar experiências no dia-a-dia ajuda muito a criação de vínculo.

O fato dos profissionais do NASF terem acesso mais fácil às equipes do centro permitiu uma maior vinculação. Com as equipes que mais encontramos são as que mais conseguimos trabalhar em conjunto, de modo que o NASF atua como dispositivo para disparar análise. Depois de alguns anos conseguimos criar uma rotina de atividades semanal com as equipes do interior o que permitiu nossa aproximação e uma maior vinculação com tais equipes, abrindo vias de diálogo e uma maior capacidade de análise compartilhada dos processos de trabalho.

2.3 Ferramentas de trabalho

Como foi dito anteriormente, quando iniciamos, nenhum de nós tinha tido qualquer experiência com NASF ou Apoio Matricial, decidimos, portanto, pegar os materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde para estudar e traçar estratégias. Usamos este material junto com as normativas sobre o trabalho do NASF, aprendermos a como estarmos juntos, estudando sobre como a prática de apoio foi elaborada e assim termos um norte de trabalho, planejando as ações. Nos primeiros contatos feitos com as equipes as principais demandas trazidas para o NASF eram de atendimento ambulatorial e/ou visita domiciliar o que compunha parte do apoio matricial, do qual falaremos posteriormente.

No NASF temos diferentes formações numa mesma equipe, as diferentes formações muitas vezes se contrastavam no modo de conduzir o trabalho. Tais diferenças não se dizem apenas num contexto de formação acadêmica, mas nos modos de pensar e produzir as práticas em saúde. O desafio inicial era conseguir compor com as diferenças, de modo que fosse possível aprender com o outro, na construção de um trabalho transdisciplinar (como explicaremos mais a frente).

Como estratégia frente às problemáticas apresentadas acima passamos a trabalhar com as demandas de atendimento, condicionando-as a reuniões de discussão de caso antes e após os atendimentos. Este modo de trabalhar teve como efeito uma maior vinculação com as equipes apoiadas o que possibilitou aplicar algumas ferramentas aprendidas nos estudos e outras que lançamos mão com as necessidades levantadas nas reuniões com as equipes.

Assim, as primeiras ferramentas que lançamos mão, foram as reuniões de equipe e a reunião de matriciamento¹². Com a presença no cotidiano das US começamos a participar dos grupos que já eram desenvolvidos, essa participação propiciou a criação de outras estratégias de encontro com usuários e profissionais. Tais atividades foram fundamentais na produção de outros arranjos de um trabalho

¹²Matriciamento se refere à prática de apoio matricial que é metodologia norteadora do trabalho do NASF (esta categoria de apoio será trabalhada posteriormente)

menos fragmentado entre a equipe de NASF e as USF's, como o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e os grupos com usuários.

Os encontros do GTH e das reuniões de matriciamento foram importantes ao possibilitar a construção e a qualificação das ferramentas de trabalho, tais como discussão de casos, atendimento conjunto, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, educação permanente, intervenções na saúde de grupos populacionais, ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Uma das ações que apontam para essa qualificação é que se inicia a realização das atividades não só nas Unidades de Saúde da Família (USF's), mas também, em outros pontos da comunidade. A proposta é um grupo de trabalho que propicie fortalecimento da atenção e do cuidado de modo que fomente espaços cogestivos e em rede, segundo a o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção. (BRASIL, 2010b p. 8)

A construção de rodas de conversa que se façam coletivas têm sido objetivo almejado, pois, muitas vezes o que as equipes trazem como problemas os chamados “problemas de comunicação”. Um “problema de comunicação” diz respeito ao modo como as equipes se organizam para acolher as demandas (muitas vezes tem sido muito mais um atendimento, encaminhamento que acolhimento com uma escuta cuidadosa), de uma dificuldade na construção coletiva de trabalho, na lida com os conflitos que surgem no cotidiano. Também diz da maneira pela qual estamos trabalhando e isto nos convoca a outro modo de ser coletivo. É interessante considerar o quanto o burburinho e as conversas posteriores atentaram-nos para uma necessidade de falar e de ser ouvido, tornando necessário outro modo de reunião, outro modo de ser equipe, modo esse que permitisse conversar. Isso implica em colocar em análise os processos de trabalho, os modos de cuidado, a própria política de saúde. Essa é uma dimensão clínica importante para este trabalho uma vez que é necessário que se perceba nos conflitos as relações que se

estabelecem, as transformações tanto nas relações quanto nos processos de trabalho.

Inicialmente tínhamos pouco contato com outros equipamentos ou setores que não estavam dentro da secretaria municipal de saúde. Existem diversas políticas sociais que se articulam com a política de saúde, tal prática se faz importante no planejamento e promoção de transformação social e de conexões com usuários e territórios. Uma mesma família que está sob um território de responsabilidade de uma eSF pode ser atendida pelo CRAS, ou em outras políticas sociais. A atuação em rede, que discutiremos mais a frente, é muito relevante no planejamento das ações e no cuidado de sujeitos e territórios.

Com a chegada das demandas, foi pensado como ação estratégica de cuidado, a aproximação com estes outros serviços e setores objetivando uma atenção integral. Assim, articulamo-nos para realização atividades em parceria com estes outros equipamentos, tais como CRAS¹³, CREAS¹⁴, conselhos de direito¹⁵, escolas e pastorais.

Analisaremos também mais a frente, como as ferramentas foram pensadas e usadas na experimentação das práticas de apoio do NASF, bem como as problemáticas que surgiram a partir delas. As ferramentas que lançamos mão são pensadas como modos de se produzir arranjos coletivos.

Essas ferramentas estão no que poderíamos chamar de protocolares das atividades do NASF, ou no bojo das práticas macropolíticas. Ao mesmo tempo em que são realizadas inseridas num cotidiano de jogo de forças de modo que, essas mesmas atividades, atuam num campo de micropolíticas. É importante no estudo de qualquer prática analisar essas duas dimensões constitutivas do trabalho, porém, neste trabalho trataremos como foco as transformações e intervenções a partir da micropolítica. Deste modo, em cada subitem descrito trataremos um pouco da experiência que temos vivenciado de modo que possamos trazer tal dimensão para a discussão e como ela nos ajuda a qualificar o trabalho de apoio.

¹³ Centro de Referência da Assistência Social.

¹⁴ Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

¹⁵ As atividades são realizadas com os conselhos da pessoa idosa, da criança e estamos trabalhando para criação do conselho de direitos da mulher.

2.3.1 Reuniões de equipe

A primeira medida tomada no início das atividades foi nos reunir para nos conhecermos melhor e a estudar quais eram as práticas norteadoras do trabalho. As reuniões sempre foram um terreno de conflitos em que cada profissional tem um modo próprio de pensar as práticas em saúde. O primeiro desafio da equipe foi trabalhar com a dimensão de grupalidade. Essa experiência coletiva é dispositivo para produção de outras subjetividades e dos processos de produção em saúde. O modo de estar coletivo nos permite nos reposicionar nas relações, nas experiências uns com os outros, construindo processos de aprendizagem.

Analizamos, em equipe, que as diferentes formações e trajetórias ora nos aproximava ora nos conduzia a direções diferentes. Boa parte do trabalho é planejar estratégias e práticas em saúde que comporte a diferença, num processo de coletivização.

Coletivo e grupo que estão aqui referidos não estão relacionados a um quantitativo de pessoas ou uma unidade pronta dicotômica entre indivíduo e coletivo. A grupalidade da qual precisamos construir diz de um exercício de composição, o que precisa incluir as diferenças, não está acabado, pois estão sempre em processo de construção. Ancorando nos estudos de Barros (2007) tal produção de comum a que nos referimos nos direciona a pensar numa composição não mais pautada em noções de igualdade e uniformidade, mas numa composição de diferenças, de pluralidades, de multiplicidades.

Dentro da equipe sempre estiveram presentes tensões, questionamentos, alianças, zonas de aproximação e de distanciamento. A reunião de equipe possibilita criar uma rede de conversação para problematizar essas tensões e poder construir coletividade, que não pode ser reduzido à unidade, nem capturado pela concepção de uniformidade, é composto pelos mais diferentes modos de viver, pelas diferentes práticas em saúde. É neste sentido que a reunião de equipe se torna ferramenta fundamental para a produção deste projeto comum.

A produção de grupalidade não se faz exclusivamente com reunião de equipe, mas sim no cotidiano do trabalho, a cada atividade desenvolvida. O que se traz aqui é o potencial que a reunião de equipe proporcionou para esse exercício. Por um tempo no trabalho as reuniões deixaram de acontecer, o que tivemos como efeito foi nos sentirmos muito afastamento uns dos outros. Ficamos focados em atendimentos ambulatoriais, sem um planejamento enquanto equipe nem com base no apoio matricial que é prerrogativa do trabalho do NASF. O trabalho se tornou isolado e fragmentado sem as reuniões de equipe, perdemos parte importante do trabalho que são análises coletivas que fazíamos nas reuniões, não fazíamos mais novas propostas de intervenção nas unidades de modo que o trabalho se tornou mecanizado e individualizante.

Percebemos isso quando conversamos separadamente, percebemos o quanto estávamos trabalhando isoladamente, sem saber como os companheiros estavam. Tal modo de trabalhar impedia um apoio integral e um cuidado coletivo e longitudinal. Deste modo, retomamos as reuniões, pensando a importância de nos fortalecermos enquanto equipe, para darmos maior direcionamento ao trabalho, fortalecendo a experiência do apoio e da própria grupalidade. A partir desta conversa nos reaproximamos e retomamos as reuniões semanais com a aposta da experiência grupal como exercício de produção de sujeitos e, conseqüentemente, de transformações em saúde.

2.3.2 Reuniões de matriciamento

Chamamos aqui de reuniões de matriciamento as reuniões com os profissionais responsáveis pelo acompanhamento de casos específicos. A reunião é uma ferramenta da prática de apoio matricial que trabalharemos adiante. Elas são elaboradas para receber as demandas, elaborar estratégias de cuidado, oportunidade de se compartilhar saberes e diferentes olhares, e analisar os efeitos das ações realizadas.

O trabalho, por ser processo, é perpassado por um movimento de aquecimento e esfriamento, de fortalecimento coletivo e de práticas individualizantes. Como estratégia para lidar com este movimento de fragmentação também traçamos, em reunião de equipe, duas ações para instigar práticas de coletivização: participação nas reuniões de equipe das eSF's e conversas com os profissionais (ao menos inicialmente com o enfermeiro) antes e depois dos atendimentos solicitados (que se tornariam reuniões de matriciamento).

Essas reuniões se iniciaram pela grande e crescente demanda de atendimento individual/ambulatorial para os profissionais do NASF, como dissemos anteriormente. Apesar da equipe se direcionar a um trabalho do NASF a partir do apoio matricial, e não como ambulatório separado da atenção básica, tornou-se necessário acolher as demandas trazidas, até mesmo para nos aproximarmos das eSF's.

Participar das reuniões de equipe da eSF's sempre foi, e ainda é um desafio. Em primeiro lugar, por que a maioria não realiza reunião de equipe. Em segundo lugar, por boa parte das que realizam não fazerem uma discussão acerca do trabalho e do território, mas sim uma reunião de transmissão de dados. Não conseguimos intervir inicialmente nas reuniões de equipe no sentido de conversar sobre os processos de trabalho e sobre as práticas de cuidado desenvolvidas foi necessário construir outra intervenção para poder acessar esta dimensão do trabalho.

Deste modo, uma segunda estratégia foi essencial para nossa vinculação com as equipes. Inicialmente a demanda vinha com um papel e uma lista de nomes **AO** psicólogo, ou **A** qualquer outro profissional, por vezes, já recebemos “guias de encaminhamento” para especialistas. Pactuamos entre nós e com as equipes que eles nos apresentassem os casos que necessitavam de apoio, desta forma sentavam conosco, diziam quem e como era o usuário, debatíamos a demanda trazida. Por vezes, era acordado que não era uma demanda para atendimento, outras vezes era agendado atendimento. Após os atendimentos nos reuníamos com o máximo possível de profissionais para conversarmos sobre o caso e elaborar estratégias de cuidado com toda a equipe.

Com o tempo foi possível perceber os efeitos na condução do cuidado de casos que eram conversados e dos que não eram. Conversar sobre os casos, traçar projetos terapêuticos, ouvirmos uns aos outros resultaram em efeitos importantes. Em primeiro lugar o conhecimento acerca do usuário, a partir dos diferentes olhares entre os profissionais, permite um cuidado mais integral. Em segundo, tem-se uma maior vinculação da equipe com o usuário. Em terceiro, os casos que atendemos e conversamos permitiu uma maior aproximação entre os profissionais do NASF e das equipes apoiadas. Analisando juntos temos muito mais vínculo, apropriação e escopo de ferramentas de trabalho propiciando assim uma maior resolutividade. Atender demandas comuns produz um plano coletivo entre nós.

Chamamos reunião de matriciamento esta estratégia de trabalho que com o tempo foi se tornando uma prática comum, do cotidiano do trabalho. Atualmente esta é uma atividade menos burocrática, que não necessita ser solicitada pelo NASF, mas que faz parte da cultura do trabalho. Sentamos para tomar café e pensarmos juntos estratégias de trabalho e de cuidado, pois tal ferramenta propiciou uma criação de vínculo e de confiança no trabalho que realizamos.

Assim, como no direcionamento das reuniões de equipe, trata-se de produzir uma prática coletiva, de modo a permitir que os diferentes sujeitos estejam neste lugar de saber-fazer (BARROS, 2007). Ou seja, pensa-se numa composição entre NASF e eSF que permita problematizar as práticas em saúde e se transformar neste processo.

As demandas trazidas eram oportunidades de criarmos rede de conversa com os profissionais, pensar nos processos de trabalho, nos protocolos estabelecidos, de criar redes de conexão. A partir das reuniões de matriciamento foi se fortalecendo vínculo com usuários e trabalhadores, e sendo mais resolutivo. O fortalecimento da grupalidade possibilitou um modo de operar que trouxe mais segurança para os trabalhadores, uma vez que sentiam o apoio da equipe, dando mais liberdade e aumentando o escopo de ações em saúde.

Uma das práticas realizadas como efeito das reuniões de matriciamento foram os grupos com os usuários. O grupo, como dissemos, funciona como dispositivo de intervenção na medida em que permite, por meio dele, criar estratégias de transformação. O que vamos experimentar é uma intervenção grupal que permite acessar um plano coletivo que problematiza as práticas em saúde e como temos nos constituído nas relações cotidianas. Trata-se, portanto, de um dispositivo que é, desde o início, tanto clínico quanto político.

Por **clínica** nos referimos a processos de intervenção nos processos de produção de subjetividade (de sujeitos e coletivos), portanto, tal intervenção é necessariamente política, e,

argui os pontos de insurreição na história, os pontos de inflexão dos discursos na composição de certas práticas. Toda análise, toda clínica é política, porque problematiza os lugares instituídos, as dicotomias naturalizadoras, porque pergunta sobre os modos de constituição das instituições (BARROS, 2007, p. 13)

O grupo funciona nesta ação clínico-política que permite intervir/produzir novas práticas em saúde, a construir novas relações e modos de cuidar. A partir das reuniões de matriciamento o NASF é convidado a participar de espaços em que são desenvolvidas atividades com os usuários. Eram majoritariamente os chamados “grupos de hiperdia”¹⁶ e “grupos de tabagismo”.

Os encontros eram, e ainda são em algumas unidades, para entrega de medicação e aferição de pressão arterial e glicemia ou palestras em que muitos usuários assistiam uma vez e não mais retornavam. O que se tem como efeito desses grupos é uma relação com o usuário que se torna protocolar, sem criação de

¹⁶ Grupo de acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos.

vínculo de corresponsabilidade, de modo que muitas vezes não se conhece as dificuldades enfrentadas pelo usuário ou o usuário é tido como aquele que não se preocupa com a própria saúde. Outro efeito é o esvaziamento das “palestras” quando este formato não permite circular a conversa e nem convida a pensar o cuidado de modo coletivo, como composição de diferenças e produção de comum, como dissemos anteriormente.

O que o NASF traz como proposta de intervenção é uma prática grupal como dispositivo de intervenção, em um plano coletivo. Aos poucos fomos fazendo parte dos grupos criando vínculo com trabalhadores e usuários, podendo intervir nestes encontros, formulando outros¹⁷ com trabalhadores e usuários.

Perceber em que tais práticas resultavam levou a nos reunirmos com a equipe e poder pensar outras práticas grupais, no qual pudéssemos compartilhar com o usuário a gestão do cuidado. Não foram em todas as unidades que tal ação foi possível, nas equipes do interior da cidade a maior dificuldade era o acesso, uma vez que nunca tínhamos transporte, ou este era imprevisível, não ordenado, não sendo possível realizar um trabalho continuado. A maior parte das intervenções grupais foram desenvolvidas em unidades localizadas no centro da cidade, em especial àquelas em que a equipe se mobilizou para tal. Houve aquelas que não entraram com a gente nesta proposta, de modo que o trabalho não se realizou.

Nas unidades que conseguimos compor uma experiência grupal fomos pensando (NASF e eSF) em estratégias de trazer o usuário para a US, de modo que fosse possível conversar sobre as demandas que eles têm e como poderíamos ajudá-los em tais demandas. Posteriormente, construímos com eles os próximos encontros. Esta estratégia produziu frutos que narraremos posteriormente.

A criação de espaços coletivos foi primordial para o trabalho no NASF. Elas nos permitiram aproximar (usuários, eSF e NASF) e, inclusive, podermos junto às equipes pensar no modelo de saúde na qual estávamos nos embasando. Foi possível repensar o cuidado, criar veredas, produzir frutos.

¹⁷ Traremos a narrativa destes outros grupos ao longo do texto.

A atuação do NASF como equipe de apoio matricial possibilitou uma rede de conversa com as eSF's e não meramente especialistas fazendo atendimento a despeito das equipes por mais que esta fosse demanda inicial. A prática de apoio fortaleceu uma rede de cuidados, com corresponsabilidade, atestando, mais uma vez a importância do exercício coletivo como articulação dos diferentes atores. Se ao trabalhador se exige um trabalho mecanizado, de cumprimento de protocolos, o trabalho tende a tornar-se fragmentado, isolado. Por outro lado, é necessário conectar ou criar redes no trabalho, o que aumenta exponencialmente a potência do trabalho em saúde, em especial da estratégia saúde da família.

2.3.3 Projeto Terapêutico singular (PTS)

O PTS se define por um esquema de propostas de intervenção para o cuidado de usuários, famílias ou coletivos de modo que tais propostas sejam fruto de uma construção coletiva. Tal projeto é desenvolvido junto a usuários e profissionais vinculados a equipe de cuidado, o que significa uma prática tanto da equipe de referência quanto a de apoio.

Esta proposta de ferramenta surge inicialmente para o NASF nos estudos de nossas primeiras reuniões de equipe. O que nos chamou atenção é pensar num planejamento do cuidado com todos os seus atores. O caderno “Diretrizes do NASF” define que

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (BRASIL, 2010b, p. 27)

Lançamos mão, portanto, de mais uma ferramenta que convoque uma prática de cuidado que seja coletiva, que convoque os sujeitos a se corresponsabilizarem pelo cuidado de modo que seja possível compor diferentes saberes. Ao estudarmos tal proposta de ferramenta a levamos para as reuniões de matriciamento de modo que, além das discussões de caso, possamos construir um planejamento de cuidado com todos os profissionais e dos usuários.

Os PTS's se fazem com a inclusão dos usuários na formulação das propostas terapêuticas (BRASIL, 2007). O que se vê, hegemonicamente, nas intervenções em saúde são os usuários apenas como objetos de intervenção, em uma prática embasada em um modelo de atenção assistencialista, não considerando os saberes do usuário nem sua coresponsabilidade pelos processos de produção de saúde. É neste sentido que nossa intervenção com PTS visa apostar numa outra concepção de clínica que se direcione a uma democratização das práticas em saúde, como discutiremos mais no próximo capítulo.

Tratamos de um modelo de atenção a saúde que se faz compartilhado e que considere as diferentes singularidades e saberes (Brasil, 2010a). O que se quer visibilizar com essas ferramentas que trazemos é a produção de saúde que possibilita uma democratização do planejamento das intervenções. É a aposta numa prática que possibilita o acesso a dimensão pública da política, de modo que a gestão em saúde se faça democrática, com trabalhadores e usuários.

O PTS direciona-se para uma política de saúde que se constitui um campo de luta política, afirmando que diferentes técnicos com diferentes níveis de escolaridade e usuários possam conversar livremente de forma que diferentes saberes tenham a mesma força política, sem que um saber se sobreponha a outro. Este tem sido nosso maior desafio, romper a hierarquização do saber, podermos desconstruir uma prática de saúde que pressupõe que determinados saberes sobre a produção de saúde se sobreponham a outros. Desafio de produzir saberes **COM** os outros, sem sobreposição, como processos de construção coletiva. A principal dificuldade encontrada é o reconhecimento do saber do usuário na constituição nestas propostas.

A despeito dessas práticas hierárquicas, há uma marcante diferença nos resultados obtidos com pessoas e famílias em que o PTS foi realizado. Quando conseguimos construir projetos coletivos temos uma maior vinculação entre equipes e usuários em conjunto com uma considerável diminuição dos processos de adoecimento dos usuários ao mesmo tempo em que fortalecem os profissionais responsáveis pelo cuidado. O fato de ser construção coletiva permite uma melhor comunicação, entendimento e comprometimento, permite que o trabalho não se torne fragmentando.

Outro efeito do exercício do PTS é observado nos trabalhos com grupos temáticos de usuários, quando eram planejados sem considerar o saber do usuário eles diminuía e acabavam, os grupos nos quais o usuário pode falar livremente e participavam das definições de continuidade vingaram e permaneceram. Falamos aqui, portanto, de uma ferramenta importante para nós na constituição do modelo de atenção que este trabalho defende, de práticas em saúde que se fazem democráticas, acessando a dimensão coletiva e, portanto, singular das práticas em saúde.

3. Apoio como dispositivo de normatividade

Uma das principais estratégias de construção de vínculo do NASF com as equipes de saúde foi a participação em grupos terapêuticos que eles já realizavam. Em reunião com estas equipes surgiu como problema a organização grupos de Hipertensão (grupos de cuidado a usuários com hipertensão arterial e diabetes). Em tais reuniões os usuários iam até a unidade de saúde, ouviam uma palestra sobre como se cuidar a partir do diagnóstico dado, realizava consulta médica e pegavam o medicamento. Seguindo nesse direcionamento de orientar o usuário quanto ao uso da medicação, à alimentação e à atividade física, a fim de se alcançar o bem-estar fisiológico e a redução de comorbidades. No entanto, as equipes anunciavam tanto um esvaziamento dos usuários nas palestras quanto um aumento das pessoas com a pressão arterial e ou diabetes alteradas em relação às taxas estipuladas pelos protocolos como normais.

Aqui, diante dessa situação a noção de “saúde ampliada” se apresenta como uma ferramenta importante. Saúde, como trabalhado aqui, não se reduz a pressupostos exclusivamente biomédicos nem se restringe a analisar unicamente indicadores em uma distribuição estatística. Pretende-se operar uma concepção de saúde como prática de liberdade, como potência de viver, não se baseando em metas e orientações do melhor jeito de se viver ou simplesmente de um bem-estar abstrato.

Embasados nos estudos de Canguilhem (2009) saúde da qual falamos se refere à capacidade de produzir normas nas relações que os seres vivos estabelecem na vida. Trata-se da criação de possibilidade de mudança de normas, se desvinculando, portanto, da noção de um organismo fixo, adaptado, pois este não suportaria as variações da vida e adoeceria. A saúde, nesta perspectiva não se configura como ausência de doenças, mas a mudanças necessárias a vida.

Achamos, ao contrário, que, para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa. (CANGUILHEM, 2009, p.40)

Assim, a saúde seria a capacidade de suportar as variações, as mudanças, de criar e sustentar muitas normas. Normas aqui não têm o sentido de regra preestabelecida, como códigos de conduta. As normas, baseadas nos estudos de Canguilhem (2009):

(...) se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença (...). Com efeito, uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatório por um estado de coisas satisfatório. (CANGUILHEM, 2009, p. 109)

A atividade normativa, criação de normas, é expressa em qualquer dimensão da vida, sejam fisiológicas, psicológicas ou sociais. Em termos fisiológicos, quando um organismo é atingido determinado vírus, por exemplo, o corpo pode criar anticorpos para enfrentar os micro-organismos e combater os vírus ou se rearranjar para conviver com ela. Podemos pensar ainda em um indivíduo com hipertensão ou diabetes em que se insere no corpo um novo funcionamento fisiológico que faz com que seja necessário ao corpo se reinventar, criando novos meios de viver com a alteração da pressão arterial ou o aumento das taxas glicêmicas (CANGUILHEM, 2009).

Entendemos saúde, portanto, como a capacidade de superar as crises, as “infidelidades” do meio. É a possibilidade de invenção de si, de aumento de liberdade, de criação de novas normas. Tal conceituação implica num rompimento do paradigma da saúde, que tem como perspectiva um modelo de vida e saúde perfeitas inscritas em um funcionamento “normal” dos corpos. Trata-se de pensar que normal, neste sentido se remete a imposição e generalização de uma norma, inserida na curva normal de uma distribuição estatística. A respeito disso Canguilhem (2009, p. 39) nos questiona: “O ser vivo normal é aquele que é constituído de conformidade com essas normas. Mas será que devemos considerar qualquer desvio como anormal?”. Pensar nas práticas em saúde tomando como base tais conceitos de normal e anormal nos conduz a um caminho mais normalizador, de imposição de uma norma, que normativo, de criação de norma. Segundo Canguilhem (2009, p. 33) “As doenças são novos modos da vida” e, nesse

sentido, é necessário que as práticas em saúde permitam a invenção de mecanismos para se lidar com as variações do corpo e do meio.

Trabalhar na perspectiva de uma promoção de saúde, nos termos aqui trabalhados é possibilitar condições de escolha, de criação, de transformação, de não-obediência a regras pré-definidas. Trata-se de se reinventar e se modificar, de uma atitude de abertura a transformações que permite superar a dureza dos protocolos e normas técnicas. Assim, pode-se conversar e construir processos de trabalho com usuários e trabalhadores, de modo que cuidado é compartilhado, traçando planos coletivos.

Frente a situação colocadas nos grupos a equipe se propôs a conversar com os usuários sobre as dificuldades em seguir as orientações passadas objetivando uma prática em saúde a partir da cogestão, que apreendesse a dimensão de uma saúde como capacidade normativa. A partir das conversas com os usuários foram se constituindo um plano de trabalho de modo a atender demandas que traziam. As principais dificuldades que apareceram na conversa eram realmente os temas das palestras que eram dadas, o que mudava era o modo como fomos produzindo vínculo junto a esses usuários e como construímos os grupos.

As palestras mantinham uma relação vertical de transmissão de conhecimento e uma aplicação generalista, sem considerar as particularidades dos usuários e sem fortalecimento de vínculo. Ao passo que passamos a realizar rodas de conversa em que cada pessoa pudesse falar dos desafios que enfrentam bem como as estratégias que utilizam no cotidiano.

Foram feitas oficinas de culinária e experimentadas saborosas comidas que expandem o paladar ao invés de limitar em dietas. Fomos surpreendidos nas oficinas corporais com possibilidades de movimentar o corpo que até então muitos acreditavam ser impossível. Realizamos oficinas com danças, teatro e muitas outras. Os medicamentos e a quantidade deles puderam ser repensados junto com os usuários. A preocupação e o cuidado de todos, usuários e profissionais, uns com os outros foi se tornando cada vez mais importante no grupo.

A prática de apoio a essas atividades se configura um dispositivo de rearranjo do trabalho, permite-nos repensar o modelo de atenção a saúde que tem embasado

as práticas e, deste modo, nos reposicionar. Colocar em cena esta perspectiva de apoio como um dispositivo é pensar numa produção de saúde e, portanto, normatividade que crie corresponsabilidade nas práticas de cuidado, transformando-as.

Tais propostas exigem uma prática que em determinados momentos escape das medidas protocolares. Lidar com as questões do cotidiano na saúde implica muitas vezes numa mandinga¹⁸, enunciando modos de viver que não se enquadram em protocolos e imposição de normalidades. A saúde não é só uma segurança contra os riscos, mas a ampliação dos modos de enfrentar os desafios da vida.

A vida que produz novidade é aquela capaz de instituir de novas normas, não da imposição delas, mas da possibilidade de sua criação. Seguindo nesta perspectiva, a classificação de normal é a imposição e a generalização de uma norma de modo que indivíduos ditos normais são aqueles que se enquadram neste funcionamento normativo.

A partir dessa experiência foi possível construir coletivamente outros modos de se relacionar com as pessoas, de se alimentar, de ter prazer, de expansão dos limites do corpo. Criamos outros grupos com outras pessoas e temáticas. Um desses grupos se constituía com pessoas com sobrepeso (alto IMC e altas taxas triglicérideos e colesterolis). A obesidade é tratada como um problema para saúde e um dos temas a serem trabalhados dentro da Atenção Básica. As normativas e cadernos orientadores fazem propostas de intervenção para se lidar com este dito problema bem como as comorbidades para essas pessoas. Nesse sentido aparecem questões fisiológicas como problemas articulares, hepáticos, cardiológicos, entre outros. Paralelamente se tem no grupo uma noção do que é esteticamente o corpo perfeito, de como os ditos sobrepeso e a obesidade são no padrão social feio, pior, menos qualificado, menos cuidado. O grupo passa por uma tensão muito grande: como falar sobre a questão da obesidade de modo a não reforçar estereótipos de um corpo perfeito. Iniciou com este dilema instaurado nos usuários e trabalhadores. Constantemente caiu nessa malha de normalização, de padrões.

¹⁸ Termo usado na capoeira que diz respeito a uma certa malícia de jogo, uma esperteza apreciada nas canções e gingados. A mandinga diz respeito a uma maior desenvoltura do capoeirista, com movimentos audaciosos golpes e esquivas.

Rompeu-se com o princípio fundamentador do grupo que é o potencializar singularidades e a coletividades no momento em que se estabeleceu um ideal a ser alcançado. O grupo se encerrou porque muitas das pessoas deixaram de ir, justamente por não conseguir se adequar aos padrões e exigências ali colocadas. A prática de cuidado em saúde que aprendemos na experiência de grupo anterior e que precisávamos continuar apostando deveria ser justamente libertar o corpo, trazer o anormal como o que estabelece novas normas e não como adoecido. O que nos importa é romper com essa lógica de imposição de normalidade, de modo a desconstruir padrões que causam sofrimento e possibilitando a criação diferentes modos de viver e estar no mundo.

É preciso considerar anormal a partir da normatização e não da normalidade, ou seja, como instituinte, o que implica numa mudança de paradigma na saúde e na maioria dos protocolos da saúde, não apenas a obesidade. A definição hegemônica do que seja saudável é uma saúde que se fixa na padronização de um normal e os protocolos são criados a partir dessa definição. O adoecimento se instaura quando esses padrões se tornam fixos e devendo ser aplicados a tudo e a todos. Essas normalidades buscam intervir nos processos de adoecimento, usando procedimentos técnicos pré-estabelecidos e/ou protocolos como modos únicos de se intervir em saúde. Esta imposição de um normal que produz adoecimento, limita e gera fragmentação, pois se desconecta do real ao passo que as normas se propõem a ampliar a capacidade de ação e não reduzi-las e generalizá-las.

“O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato. Do ponto de vista do fato há, portanto, uma relação de exclusão entre o normal e o anormal. Essa negação, porém, está subordinada à operação de negação, à correção reclamada pela anormalidade. Não há, portanto, nenhum paradoxo em dizer que o anormal, que logicamente é o segundo, é existencialmente o primeiro.” (CANGUILHEM, 2009, p. 111).

Assim, é necessário que a lógica do grupo se inverta, não normalizando, mas normatizando, fazendo com que sejam desconstruídos os padrões de beleza para que o encanto e a vivacidade dos diferentes formatos e singulares movimentos do corpo possam se instituir. As práticas em saúde se complementam as próprias transformações do corpo, criando novos modos de funcionamento. Segundo Canguilhem (2009, p. 45) "o homem normal é o homem normativo, o ser capaz de

instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida de modo privativo, e não positivamente". A normalidade tende a enquadrar as pessoas de modo rígido, e baseado em padrões de uma racionalidade, o vivo escapa, não se dobra institui novas normas para si.

São imersos nesses conflitos que a prática de apoio do NASF se constitui como dispositivo. Essas experiências de apoio tanto nos grupos quanto junto aos usuários e famílias têm permitido a todos nós, trabalhadores e usuários, reposicionar-nos diante do trabalho e da vida. São nos problemas que surgem no cotidiano, no "erro", que o escape da normalidade que a vida se dá, que se entende enquanto vivo e autônomo, ou seja, capaz de produzir normas para si (CANGUILHEM, 2009). Vida e a saúde são, nesse sentido, a experimentação, o arriscar-se, a possibilidade de adoecer e se recuperar.

O trabalho com todas as pessoas que encontramos, a constituição dos grupos, as conversas com os trabalhadores, precisam se direcionar a este processo de produção de novas normatividades. O apoio desenvolvido pelo NASF possibilita uma experimentação desses rearranjos de modo que se compartilhem as práticas de cuidado. A experiência de trabalho no NASF tem proporcionado criar meios de estar juntos mais lateralizados, apostando que a corresponsabilidade fortaleça esse processo de produção de saúde.

As experiências com os grupos possibilitaram um fortalecimento com o território, uma transformação no modo que unidade de saúde e a comunidade estavam vinculadas. A conexão da equipe de saúde com seu território se transformou, fortaleceu, abriu uma nova vereda. Tem sido possível, a partir deste novo caminho, conversar com os usuários fora dos atendimentos, sobre questões cotidianas, que não adoecimentos, e analisar coletivamente que a qualidade da relação mudou. Não pautados em uma relação vertical entre profissional e usuário, mas relações de parceria.

Essa vinculação se apresenta ainda mais visível quando em meio aos grupos criados surgiu a ideia de se fazer uma festa julina desenvolvida por todos os grupos e aberta a toda comunidade. Torna-se marcante pelo fato de ser possível realizar uma ação em que o principal objetivo não era intervir em um indicador clássico da

Atenção Básica (diabetes, HAS, obesidade, saúde mental, etc.), mas sim fortalecer vínculos, brincar, produzir amizade.

A meu ver, são estes, justamente, os afetos que dão consistência ao vínculo. São eles que constituem esta espécie de "energia antropológica" dos laços sociais. Entendo que estes são os chamados afetos de *confiança*: são eles que dão substrato ao que chamamos de uma *relação de confiança*. (TEIXEIRA, 2005)

Foi possível coletivamente fortalecer vínculo, construindo relações de confiança, permitindo construir espaços de compartilhamento, numa relação que não se baseava apenas em exigências técnicas de um trabalho. A festa proposta traz em foco essa dimensão de compartilhamento, sendo feita por todos. Em todos os aspectos foram produzidas por todos, não tinha ali uma relação vertical, experimentamos uma coletivização dos processos.

O que torna esse evento ainda mais relevante para nós é sua reverberação, a transformação da relação entre equipe e comunidade que se reinventam. Foi possível criar uma norma, um novo modo de estar junto, entendendo que esta prática que estamos aqui chamando de produção de saúde.

Neste direcionamento que ferramentas de trabalho e os intercessores nos ajudam criar caminhos, possibilidades de viver. Estamos falando de práticas dentro do SUS, mas que transbordam as fronteiras de uma macropolítica de saúde para toda a vida. Falamos da saúde não meramente como objeto de intervenção das práticas de saúde coletiva. Trabalhamos com um conceito de saúde como expansão da vida.

O que afirmamos neste trabalho diz de um projeto que não se restringe a um campo de saber específico, mas se transversaliza para pensar em modos de constituição da vida. Falamos de uma prática como *ethos* de vida, como práticas de afirmação da vida. As práticas de cuidado, reafirmando, vão para além da saúde enquanto campo de conhecimento, são possibilidades de criação de porosidade em terreno árido, criação de veredas.

3.1 NASF e as práticas de apoio

Trabalharemos nesta seção o que chamamos aqui de apoio matricial. Durante todo texto trabalhamos as experiências de apoio e como este tem se constituído no cotidiano do trabalho. Apoio, segundo Campos (2014), é o substrato teórico e técnico de articulação entre gestão e atenção. Assim a função do apoiador é de um articulador de rede¹⁹. Neste caso, Campos (2014) está se remetendo ao método Paidéia²⁰, porém nos ajuda a pensar e fundamentar a noção de apoio que é prerrogativa para o trabalho do NASF.

A Portaria Ministerial Nº 2.488/11 indica que

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc). (BRASIL, 2011)

Tais prerrogativas de trabalho abrem um leque de possibilidades de atuação e de corresponsabilidade sobre os processos de trabalho. Trataremos neste capítulo dessas modalidades de apoio (institucional e matricial) articulando com o modo como o trabalho foi se constituindo. O que se tem em comum nessas modalidades de apoio é um exercício de modificar os modos de fazer gestão objetivando criar espaços cogestivos de construção política, valores, e conduções de casos. Deste modo, os apoiadores, bem como a prática de apoio, não se localizam em um lugar hierarquizado na relação com os trabalhadores, antes, busca lateralizar, colocar lado a lado, as relações de trabalho.

O apoio surge como metodologia deste processo de corresponsabilidade, aliando atenção e gestão. Atuando de modo a construir processos de trabalho que

¹⁹ Trabalharemos esta temática no próximo capítulo.

²⁰ Método Paidéia ou método da roda é uma proposta de Campos (2014) que propõe uma metodologia de lateralização colocando trabalhadores e/ou usuários em roda na perspectiva de se criar democracia institucional.

aliem a proposta da clínica ampliada²¹ com conceituação de saúde trabalhada na seção anterior. Essa corresponsabilidade faz com que a função de apoio se corporifique no trabalho multidisciplinar (e, principalmente transdisciplinar), na ampliação do escopo das ofertas das equipes. Segundo Oliveira (2011) a função do apoiador interfere:

“Na gestão do trabalho em equipe, na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica”. A função do apoiador seria procurar construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores, a partir da consideração de ofertas e demandas colocadas por esses e outros atores ao coletivo, partindo tanto de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. (OLIVEIRA, 2011, p. 45)

²¹ Trabalharemos essa temática no próximo capítulo.

3.1.1 Apoio Institucional

O NASF surge como dispositivo de coletivização, se utilizando dos intercessores que trabalharemos no capítulo a seguir. Atuar nesta perspectiva transforma o trabalho de toda a rede. Observamos mais nitidamente quando por um tempo fomos direcionados pela gestão do nível central da secretaria a focar em atendimentos ambulatoriais com o objetivo de se aumentar o faturamento municipal pelo aumento de produtividade em atendimentos individuais. Com isso, diminuíram-se as reuniões de equipe e com outras equipes enfraquecendo as rodas de conversas e o tempo juntos. Como efeito o que experimentamos foi um trabalho isolado, fragmentado, dificultando o cuidado dos usuários, tanto em termos de atendimento individual quanto na produção de saúde nos territórios uma vez que não era possível analisar coletivamente o que se passava no cotidiano das comunidades. O NASF, por esse tempo, deixou de ser dispositivo e se transformou em ambulatório dentro das unidades de saúde.

Sentimos a necessidade de retomar a reunião de equipe, pois nos sentíamos perdidos no trabalho e na rede de atenção. Nesta reunião pactuamos alterar nosso modo de trabalhar retomando as reuniões com as equipes e entre nós de modo que pudéssemos pensar coletivamente o trabalho mesmo que isso acarretasse diminuição do faturamento, a equipe se fortaleceu como coletivo neste direcionamento.

Falar de processo de trabalho é visibilizar a dimensão processual, um trabalho que está sempre em relação, com embate de modelos de atenção e modos de trabalhar. As experiências aqui narradas nos permitem apostar na produção de lateralizações em meio a processos hierarquização e fragmentação. O trabalho do NASF se fortalece na medida em que mobiliza redes de conversas, que possibilita um rearranjo dos modos de fazer gestão.

Como dissemos o NASF atua por meio dos apoios institucional e matricial. O apoio institucional estaria direcionado a intervenções dentro dos processos de trabalho, em especial na relação entre os sujeitos.

O apoio institucional é um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo para fazer cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. É uma função que pode ser exercida tanto pelo gestor, quanto pode constituir um cargo específico, uma vez que várias instâncias do SUS já contam com grupos de apoiadores institucionais. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais como a de coordenação, planejamento, direção. Ela busca um modo complementar para realizar essas funções e, em particular, altera a maneira de realizar coordenação, planificação, supervisão e avaliação do trabalho. Em geral, essas funções são exercidas com um importante grau de distância entre os responsáveis pela gestão e os operadores de atividades finais. (CAMPOS, 2014, p. 987)

Uma prática de apoio institucional, como dissemos, tem como direcionamento instituir espaços cogestivos, num processo de democracia institucional. Apostamos um modelo de gestão que se faça com usuários e trabalhadores numa construção constante e coletiva das práticas em saúde.

Fortalecer espaços de escuta e diálogo é um dos maiores desafios que encontramos no caminho, pois para garantir esses espaços requer uma mudança de postura no trabalho em saúde. Uma das Unidades de Saúde que apoiamos vinha discutindo em suas reuniões de equipe o que fazer com a população que é “contra eles”, que, segundo a equipe, não entendia o funcionamento da saúde. O que se colocava nas reuniões era uma dicotomia, usuário *versus* profissionais da Unidade de Saúde. Como proposta de intervenção sugerimos fazer um café e chamar a comunidade de três microáreas pra conversarmos e preparamos uma oficina que trouxesse para a conversa os elementos de preocupação da equipe, bem como que os usuários também pudessem expressar seus modos de pensar e as questões que lhes fossem caras. A decisão de unir essas três microáreas se deu devido a serem as mais próximas a um ponto de apoio que fica no interior e sendo este local o de maior conflito para a equipe.

No primeiro momento, usuários e trabalhadores estavam geograficamente dispostos na recepção da unidade, talvez um sintoma do modo de relação no qual estávamos envolvidos. Os profissionais da equipe falavam do receio que tinham em serem atacados pelos usuários, mas que acham importante que a conversa fosse feita.

Iniciamos a conversa fazendo uma apresentação de todos os profissionais, porém em forma de sorteio, de modo que um profissional sortearia outro e faria uma

mímica da pessoa sorteada e os usuários deveriam adivinhar quem era que estava sendo representado. Este momento nos ajudou a desconstruir o clima pesado que se encontrava inicialmente, os usuários foram falando, os profissionais interagindo como eles.

Após as apresentações, iniciamos a apresentação do mapa de todo o território de abrangência sob a responsabilidade daquela equipe. As principais dificuldades que encontramos para realizar as atividades de trabalho. Neste momento os usuários já iam tanto percebendo a franqueza e as dificuldades da equipe quanto apontando para nós as próprias dificuldades que sentem no cuidado em saúde. Conversamos sobre a enorme extensão territorial sob a responsabilidade da equipe, os usuários falavam com perplexidade que realmente era muito complicado atender toda a região. Outro ponto que veio a conversa foi a falta de materiais odontológicos e as dificuldades de coleta de material citopatológico, uma vez que a sala de coleta era extremamente mofada e isso era um transtorno tanto para a equipe quanto para as usuárias. Por fim discutimos a dificuldade de acesso àquele ponto de apoio, em especial nos dias de chuva quando a estrada fica muito prejudicada colocando em risco a equipe.

A terceira etapa de nossa conversa se concentrou em elencar coletivamente estratégias de superação dos problemas colocados. As pactuações foram realizadas ali e mantidas pela equipe e pelos usuários. Diante da conversa que foi realizada, foram acordados que os usuários teriam atendimento garantido na Unidade base, de acordo com o cronograma da equipe que é disponibilizado em quadro na unidade de apoio com antecedência, que a coleta dos citopatológicos também seriam realizados no centro. O principal resultado a partir dessa conversa foi a conexão da equipe com essas comunidades, a conversa gerou um processo de confiança mútua em que profissionais e usuários passaram a conversar sem medo ou receio.

Interessante considerar a reverberação desta ação disparou conversas nas outras microáreas, em outras unidades de saúde, inclusive com o fomento de criação de conselhos locais de saúde. Tratamos aqui de uma,

reforma do modelo de gestão [que] é sugerida tanto em função de valores democráticos, quanto por reconhecer que diante de cada núcleo de poder político ou gerencial, há contrapoder de usuários e de trabalhadores, com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação,

objetivando a construção de compromissos e de contratos. (CAMPOS, 2014, p. 987)

Trata-se, portanto, de um apoio que visa a contribuir com processos de formulação e fortalecimento de coletividades. A partir desta modalidade de apoio a cogestão das práticas em saúde se torna produto dessa produção coletiva. Atuando na avaliação e construção de processos de trabalho cogeridos por trabalhadores e usuários. Deste modo, desenvolvem-se um arranjo dos processos de trabalho para a construção de uma democracia institucional, de coresponsabilização das práticas em saúde, fortalecendo a relação entre profissionais e estes com as comunidades a eles vinculadas.

3.1.2 Apoio Matricial

O apoio matricial é um arranjo de saberes que se volta para resolução de demandas estabelecidas em determinados setores. A partir desta modalidade de apoio desenvolve-se uma transformação nos modos de intervir de operacionalizar o trabalho tanto reforçando espaços cogestivos quanto produzindo intervenções transdisciplinares.

O apoio matricial é constituído por profissionais que não têm, fundamentalmente, relação cotidiana com os usuários, mas tem a coresponsabilidade de apoiar as equipes de ESF's no planejamento e execução das práticas de cuidado. O NASF está inserido, assim como as equipes de ESF's, na Atenção Primária atuando em um modelo de atenção a saúde longitudinal e territorializado que é responsável pelas ações de prevenção e proteção contra agravos, promoção a saúde e reabilitação.

Atuar na perspectiva do apoio matricial significa compor com outras equipes (de diferentes secretarias, governamentais ou não) e territórios na criação de propostas de intervenção que aumentem o escopo de cuidado, fortalecendo atividade normativa. O apoio matricial, deste modo, permite uma mudança nos processos de trabalho de modo qualificar as redes de cuidado.

Segundo Oliveira (2011, p. 40), “A principal aposta no apoio matricial está na troca de saberes entre equipes e entre profissionais”, pois esta permite a aplicação das ofertas de ações em comum na melhoria das condições de vida de sujeitos e coletivos ao mesmo tempo em que se formam os sujeitos envolvidos neste processo. Formação aqui é entendida como invenção de saberes e práticas em saúde que ampliem a capacidade de intervenção, na coprodução de saúde e autonomia, de trabalhadores e usuários. O apoio matricial se configura, deste modo, invenção de uma cultura organizacional em que o norte do trabalho é a produção de saúde (OLIVEIRA, 2011), é criar estratégias que permitam a apropriação dos trabalhadores do processo de trabalho, que permitam a problematização das práticas em saúde da qual somos coresponsáveis.

Tal processo fica marcante quando se traz em cena as práticas de cuidado em saúde mental. O que mais comumente se tinha dentro dos serviços é que toda a demanda da saúde mental era encaminhada ao CAPS. Com a chegada do NASF algumas demandas foram encaminhadas para o psicólogo do NASF. O escopo de ações que se tinha era basicamente encaminhamento via sistema referência e contra referência e renovação de receitas dos psicofármacos.

Torna-se necessário, frente a este cenário, que as equipes de saúde da família sejam referência no cuidado em saúde mental, construindo e coordenando uma política de cuidado. Elaborar ações de modo que as ações se ampliassem para além dos encaminhamentos e medicalizações.

Como estratégia inicial, nós do NASF, nos reunimos com as equipes para conversar sobre cada paciente que encaminhavam. Em reunião começamos a correlacionar impressões sobre os atendimentos e elencar estratégias de cuidado, que casos resolveríamos na unidade, que casos solicitaríamos apoio do CAPS ou de outros pontos de atenção. Muitos desses estudos de caso se transformaram em PTS, muitas demandas passaram a ser resolvidas dentro da própria equipe.

O produto dessas conversas foi diferente em cada equipe. Em algumas equipes foram realizados grupos com demandas comuns²², outras foram acolhidos nas próprias atividades que as unidades já desenvolviam. Outro produto de todas as equipes trabalhadas a partir desta temática foi a redução dos psicofármacos. Trabalhamos junto à equipe estratégias de cuidado que pudessem ser desenvolvidas sem que a medicação entrasse como tratamento inicial. Deste modo passamos a trabalhar uma qualificação do acolhimento e da escuta às demandas dos usuários, sendo esta a estratégia chave para entender o contexto do sofrimento e traçar planos de cuidado. Trazer em cena a dimensão do cuidado da pessoa em sofrimento, qualificando a escuta é entendê-la de modo integral, buscando estratégias de ampliação da capacidade normativa que por diferentes motivos pode estar reduzida.

²² As principais demandas que foram reconhecidas como possíveis de intervenção dentro do escopo das equipes foram quadros de ansiedade, depressões leves e somatizações.

É difícil resistir à tendência de simplificações e à adoção de fórmulas mágicas. Mesmo quando nos propomos a transformar nossa prática em algo aberto e complexo, enfrentaremos dificuldade e angústia por não saber lidar com situações novas. Carregamos conosco nosso passado de formação reducionista (seja biológica ou psicológica) e frente ao desconhecido podemos nos sentir impotentes, de modo que é fácil recair em explicações simplistas, que nos permita agir de acordo com um esquema mental de variáveis seguras e conhecidas. Ao focarmos no sofrimento, corremos assim o risco, enquanto profissionais de Saúde, de negligenciar as dimensões da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e ao agir assim, podemos influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades. (BRASIL, 2013, p. 33)

É importante dizer os problemas não acabam por aí, pois se trata de relações que estão imersas em um jogo de forças, que ora tendem a ser potentes e ora tendem a endurecer. O que se destaca na questão da saúde mental é a equipe (NASF e ESF) se permitir mudar o olhar sobre o usuário, poder sentar junto, traçar junto os projetos terapêuticos, inclusive com os usuários. Aos profissionais da unidade de saúde foi primordial para repensar no trabalho que desenvolvem e se reposicionarem diante do usuário. Poder se reposicionar é justamente a criação de veredas, permitir-se arriscar outros caminhos e assim poder acolhimento, estabelecer confiança, produzir saúde.

Faz-se aqui uma aposta que é romper com uma clínica hierarquizada que se pretende saber o que é melhor para outro e se aproximar numa clínica que se faça COM o outro, numa democratização da clínica. Esta proposta de fazer a propostas terapêuticas e avaliativas que convoquem todos os atores do processo para fazer junto, compondo diferentes saberes, histórias e modos de vida, assumindo a ótica de um cuidado integral.

Falar de integralidade requer que trazemos à tona seus diferentes significados: a integralidade das Redes de Atenção a Saúde (RAS), dos níveis de atenção (atenção primária, média complexidade e alta complexidade), das esferas de governo (municipal, estadual e federal) e a da perspectiva do sujeito integral. O que se quer assumir aqui quando se fala em integralidade como um conceito que embasa e norteia as práticas de cuidado em saúde, tomar a integralidade a partir da ótica do sujeito integral é tomar como direcionamento uma postura que supere a fragmentação do olhar e das intervenções e que os sujeitos possam ser considerados em sua totalidade.

O que vamos observar é que a formação de uma ampla rede de apoio contribui para alargar as possibilidades de intervenção com a família, nas suas muitas necessidades de cuidado, inclusive considerando os aspectos socioafetivos. Algo que apenas seria possível tendo esta rede em conexão e com fluxos ativados entre as diversas unidades de serviços, equipes e trabalhadores. Uma rede se forma por pactuações, sobretudo entre os próprios trabalhadores, que são os grandes operadores de redes no cotidiano dos serviços de Saúde. (BRASIL, 2013, p. 43)

Entende-se aqui o sujeito em uma dimensão processual e, portanto, singular em que estes surgem atravessadas por diversas histórias e trajetórias em que é possível na vida produzir um fluxo imprevisível de afetações e relações. O cuidado em saúde nesta multiplicidade vai se produzir nas diversas configurações e práticas, mas a experiência com o inesperado e com a imprevisibilidade a qual somos expostos permanece como um signo expressivo de cuidado e cultivo.

Estamos sempre em permanente movimento, e de forma dinâmica aumentando e reduzindo nossa potência de agir, dependendo sempre de certos agenciamentos externos que nos pegam na nossa subjetividade, e nos movem para retornar ao meio na forma de trabalho e produção da vida, sempre sob certo coeficiente de potência, dado pelos afetos de que nosso corpo é capaz. (BRASIL, 2013, p. 47)

O apoio matricial se ocupa um modo de trabalhar que permita compartilhar experiências, produzir saúde coletivamente, ampliar capacidade normativa. É uma prática de cuidado que aproxima, cultiva relação, produz rede. Os apoiadores atuam na corresponsabilização pelo cuidado, de suporte e fortalecimento das equipes, de criação de vínculo e compartilhamento de práticas de cuidado. Segundo diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) tecnicamente há dois aspectos constitutivos do trabalho NASF, a saber: o clínico-assistencial e o técnico-pedagógico. É importante considerar que apesar de didaticamente separados, entendemos que ambos falam de um mesmo processo. Os sujeitos se formam na medida em que atuam, intervêm no mundo. Assim a prática clínica é prática formativa. Faz-se necessário pensar essa dimensão para além de capacitações ou ensino meramente de técnicas, podendo problematizar o que se entende como formação.

Os processos de formação historicamente colocados com sobreposição de saberes e, na saúde, o saber médico se sobrepõe sobre os demais, além disso, o foco na doença tende a aparecer como figura principal nas intervenções em saúde. Em contraponto a esse movimento, e no exercício de produzir outras práticas, se aposta no cotidiano da atividade numa tentativa de 'FAZER COM' as equipes de ESF's e comunidade entendendo que o fazer clínico e a formação não estão

separados e se produzem no cotidiano dos serviços. Baseia-se, então, em uma prática formativa como produção de conhecimento no cotidiano dos territórios, a partir do vivido com e nas comunidades.

Essas dimensões constitutivas do apoio matricial permitem uma formação em saúde que compartilhe diferentes saberes e práticas de cuidado. Busca-se trabalhar com a produção de saberes que não são hierarquizados, mas compartilhados e que se ocupam de criar projetos terapêuticos singulares de forma que os usuários são incluídos e fundamentais nas constituições das propostas terapêuticas.

O trabalho, portanto, requer uma mudança de vários paradigmas que estão fortalecidos historicamente, requer inclusive que se decida com o usuário os caminhos do cuidado, em que as equipes de saúde não mais intervenham nos territórios enquanto localidades geográfico-administrativas, mas com os territórios que se produzem. A partir disso é que se pensa o foco de intervenção não é meramente sobre um corpo biologizado, ou no paciente da saúde mental, mas sobre o corpo como território existencial, composto por suas singularidades, por isso mesmo, autônomo e capaz de compor com movimentos que ampliem tal autonomia.

A partir deste modo entende-se a importância do cuidado, não para normalizar como historicamente se constituiu as práticas em saúde mental, mas para construir modos de viver que permitam aos sujeitos criar novas formas de estar e se relacionar no mundo. As práticas em saúde têm sido ferramentas chave para produção de transformações sociais. Sem perder de vista que os sujeitos, suas relações e o próprio mundo são produzidos constantemente na relação que estabelecem entre si (KASTRUP, 1999). Apostando que a ampliação da capacidade de agir no mundo produza saúde. Amplia-se, portanto as ações de promoção da saúde para além dos conhecimentos técnicos, para além do entendimento das patologias, passa-se a criar vínculos de afeto, redes de afetações, a importar-se com o outro não por pena, mas por cumplicidade.

As infinidades de relações produzem os sujeitos que se constituem numa aventura singularizada, capaz de fazer variar os modos de subjetividade que nos constituem e nos atravessam. Daí que pensar subjetividade e a produção de saúde

se remetem a um mesmo processo, pois são remetidas à dimensão de exterioridade que lhes é comum.

Trabalhar nesta perspectiva implica em um esforço de produzir outro olhar acerca dos processos de produção de saúde que modifique as práticas do cuidado. Significa a possibilidade de enxergar os usuários para além de pacientes “da Saúde Mental”, “problemáticos” ou “doidinhos”. Traremos no próximo capítulo a noção de Clínica Ampliada, afirmando a saúde e não mais a doença como objeto de intervenção; tendo o aumento da autonomia, conseqüentemente, a produção de saúde como objetivo; que aborde o sujeito de forma integral, com suas histórias, trajetórias e desejos e; que abrace as diferenças e complexidades das demandas em saúde (BRASIL, 2010a).

Trazer essa dimensão clínica, ou de produção de outra clínica, para as equipes apoiadas requer transformar um modelo hegemônico de clínica, pautada predominantemente por aspectos orgânicos, para uma clínica que se ocupe dessa produção de subjetividade, num processo de corresponsabilização da produção de saúde. Tal clínica que tratamos se associa a um modelo de atenção a saúde que defendemos aqui no qual saúde não é segurança sobre os riscos ou o inverso de doença. A saúde que nossas práticas objetivam é aumento de normatividade. Em termos operacionais a prática apoio do NASF, tanto no apoio institucional quando no apoio matricial, se dá no fomento de espaços cogestivos, com democracia institucional, apostando que transformações de um fazer coletivo possibilite um aumento de atividade normativa e, portanto, promotora de saúde.

4. Intercessores

Para trabalhar na perspectiva de uma prática em saúde como produção de veredas lançaremos mão neste capítulo de mais alguns intercessores que são fundamentais neste trabalho. Se pensarmos no NASF como dispositivo, torna-se importante dar visibilidade às práticas que dão essa dimensão ao trabalho de apoio. Neste sentido os intercessores não são conceitos, mas operadores que produzem abertura, que norteiam, dando direcionamento para o trabalho que temos tentado desenvolver em Santa Teresa. Deste modo vão compor com os conceitos que operam na prática de apoio para dar visibilidade às experimentações deste NASF.

Partindo dos estudos de Deleuze (1992) entende-se que intercessor é o que muni de possibilidades para se lidar com um determinado problema, produzindo pensamento, deslocamento, operacionalizando.

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas– mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso dos meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimem sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê (DELEUZE, 1992, p. 156).

Sem esses intercessores não se faz possível a criação de veredas, pois possibilitam acompanhar variações, mudanças, impermanências, para traçar novos caminhos. Apesar da existência de variados modelos de atenção a saúde, o trabalho se dá em um emaranhado de relações, jogos de forças, em que diferentes projetos de práticas em saúde estão em constante embate. Há, hegemonicamente um projeto de saúde que atua numa perspectiva biomédica, que entende a saúde como ausência de doenças, de modo que suas intervenções são no sentido de redimir dos sintomas. Há outro projeto de saúde que não se baseia apenas numa ausência de doenças, de modo que a produção de saúde se faz no aumento da capacidade de se lidar com os desafios da vida.

É em meio a essa dimensão conflituosa de diferentes direcionamentos que os intercessores nos auxiliam na proposição problemas, criando outros, que orientam as análises das práticas em saúde que desenvolvemos. Tais intercessores são

modos de micropolítica do trabalho e fazem sentido a partir de uma dimensão processual do trabalho. Falar de processo de trabalho é dizer que a atividade nunca é um processo estagnado, mecanizado, mas sim composto por um jogo de forças, em movimento e, por isso processual. Os intercessores que lançamos mão aqui nos auxiliam a analisar este movimento do trabalho, o que tem sido feito, quais efeitos das práticas que temos desenvolvido.

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente. (MERHY; FRANCO, 2013, p. 9)

Numa atividade existem diferentes dimensões que a compõe, que vão para além da mera prescrição da atividade (TEIXEIRA; BARROS, 2009). Analisar os processos de trabalho é levar em conta a composição de diferentes sujeitos (com suas histórias e saberes), as implicações com o trabalho, as dinâmicas de relações que constroem o coletivo. Trata-se, portanto, de considerar os diferentes aspectos de uma atividade e lhes dar visibilidade. Os intercessores evocados aqui auxiliam esta proposta analítica.

Os processos de trabalho nas equipes de Saúde da Família são, constantemente, perpassados pelos modos de vida que compõe o território em que sujeitos convivem e produzem este território e a si mesmos. É isto que estamos chamando de território vivo, que é outro intercessor importante. Analisar o trabalho a partir da perspectiva de um território vivo é, como trabalharemos depois, pensar num território de polifonias, num emaranhado de sujeitos, saberes, desejos, modos sempre dinâmicos de constituir relações. Este intercessor intervém nos processos de trabalho pelos encontros que se passam no território, possibilitando invenção de modos diferentes de cuidar.

Os grupos de atividades com os usuários nos ajudam a analisar essas mudanças, inclusive no modo de pensar a clínica que temos operado. Há um modo de fazer clínica hierarquizado, que sobrepõe o saber biomédico e do especialista sobre os demais, tendo como efeito a fragmentação do trabalho. A clínica ampliada aparece como outro intercessor produzindo outros caminhos de fazer clínica e

modos de se estar e intervir junto aos trabalhadores e usuários. Como dito anteriormente, quando mudamos nosso modo de estar em grupo, antes hierarquizado, compartilhando os saberes com os usuários, construindo as atividades junto, compartilhando as práticas e saberes, o trabalho ganhou outra dimensão. Passamos a conversar não apenas sobre as doenças ou comorbidades e como evitá-las e tratá-las, mas, para além disso, pudemos construir modos de cuidar do outro, produzir saúde, estar junto (MERHY; FRANCO, 2013).

Interessante observar que esta mudança no processo de trabalho, como observamos posteriormente, modificou alguns indicadores da própria AB como número de consultas médicas desses usuários, número de hospitalizações e pedidos de exames. Isto não quer dizer que os usuários pararam de estar na unidade de saúde, pelo contrário, muitos passaram a ir mais, porém uma maior frequência nestes espaços compartilhados. Fazer análise do trabalho possibilitou reestruturar o trabalho na perspectiva da criação de espaços de escutas, interpretações, intervindo naquilo que se passa no cotidiano da atividade, inventando novos modos de trabalhar, produzindo coletividade, rede.

Se um processo de reestruturação não chega a este patamar ele deixa de ser instituinte para se instituir como território fixo, faz assim uma produção diferente do atual modo de produzir o cuidado, mas não opera uma ruptura com seus fundamentos [...] Esse processo, recrudescer, engessa e enrijece as estruturas que compõem o processo de trabalho, interditando agenciamentos de desejo que se manifestam e são ativos na construção de novos territórios das práticas em saúde. (MERHY; FRANCO, 2013, p. 138)

Este processo de grupalidade, como constituição de rede, que nos norteia como um intercessor na medida em que transforma os processos de trabalho e consequentemente os modos de estar junto e cuidar. A construção de rede nos processos de trabalho está em constante embate com um modo hegemônico que se faz a partir de especialismos. O que se tem com efeito desta prática é a hierarquização e a fragmentação, de modo que o saber biomédico se sobrepõe aos demais e centraliza no saber médico e as tomadas de decisões. Assim, as reuniões se burocratizam em encaminhamentos técnicos, pautado especialmente em uma dimensão protocolar. Os problemas que operam a partir disso são práticas em saúde pautada na remissão de sintomas de doenças e trabalhadores que não compartilham as práticas de cuidado. Este não compartilhamento, muitas vezes, diminui e faz morosa a capacidade resolutiva dos problemas. Outro efeito da

hierarquização e da fragmentação é que diminui o escopo das práticas de cuidado limitando as ações em saúde.

O que se tem percebido no cotidiano do trabalho é que quando as relações de trabalho se dão com base em especialismos, sem compartilhamento de saberes, fragiliza-se o vínculo com os usuários. Outro aspecto que vivenciamos nestes processos é que quanto mais separados trabalham os profissionais, maior é a agenda de atendimentos e menor a capacidade de planejamento das ações. Deste modo, os trabalhadores ficam ‘apagando incêndios’, como costumamos dizer, trabalham com as demandas que chegam sem planejamento prévio e coletivo. Este modo de trabalhar impede a realização de uma atenção integral à saúde e o trabalho se torna, por vezes, isolado e desgastante.

O NASF, a partir da prática de apoio, surge como dispositivo para produção de transversalidade, transformando as relações de trabalho. É neste sentido que os intercessores operam para gerar nova disposição, nova configuração nas relações de trabalho. Transversalidade é produção de outros modos de trabalhar diferente dos processos de fragmentação e hierarquização.

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, quais sejam o de uma verticalidade pura e de uma simples horizontalidade; a transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. (GUATTARI, 2004 [1964], p.111)

Torna-se necessário, para tal, deslocar a gestão como um modo de organização do trabalho que se ocupe dos modos que se constituem sujeitos e saberes. Poder conversar sobre as práticas em saúde, criar novos processos de trabalho coletivamente, em rede. O que se coloca em cena não é mais a categoria trabalho ou saúde como objetos para análise de eficácias dos métodos de avaliação, mas como as práticas reafirmam o caráter público. Essa afirmação no campo da política de saúde requer poder realizar uma gestão coletiva, compartilhando saberes, necessidades e desejos e não meramente respostas burocrático-administrativas para as demandas.

Neste caminho temos proposto a criação de mecanismos, no interior dos serviços de saúde, que procuram tanto impactar o modo cotidiano de se acolher os usuários, quanto o de se produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, em um movimento

combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho. (MERHY; FRANCO, 2013, p. 59)

Como dito anteriormente, nem todos os processos se resumem a fragmentação. Os intercessores nos ajudam a dar visibilidade a outros modos de ser equipe e que sejam cogestivos. São estes modos de se fazer que queremos destacar, ou seja, não são nem verticalizadas nem horizontalizadas, são transversais. São os intercessores (clínica ampliada, rede e território vivo) que nos ajudam a redimensionar o trabalho, a produzir novos modos de trabalhar.

Para construir estes processos de trabalho os intercessores atuarão como micropolíticas de modo a lateralizar as relações, isso quer dizer colocar os diversos trabalhadores e usuários lado a lado na gestão das políticas e cuidados em saúde. Trata-se de um modo de operar que infere na constituição das reuniões de equipe ou de matriciamento, dos atendimentos, das atividades desenvolvidas com os usuários, da preparação, execução e avaliação para os grupos que desenvolvemos. Os intercessores criam novos problemas permitindo-nos repensar o modo como temos conduzido as práticas em saúde.

Como proposta de intervenção para este modo de trabalhar, organizamos um Grupo de Trabalho de Humanização. A Política Nacional de Humanização surge em 2003 como uma proposta dentro do Ministério da Saúde de transversalização das práticas em saúde (BRASIL, 2008b). Tal proposta surgiu num contexto de lutas para a efetivação de uma política de saúde que se fizesse efetivamente pública, criando dispositivos que fomentem processos de democracia institucional no SUS, reafirmando seus princípios (BRASIL, 2008b). A PNH possibilitou a instrumentalização de trabalhadores e usuários na construção da política de saúde, se ocupando da construção de processos de trabalho democráticos (BRASIL, 2013). Um dos dispositivos criados é justamente o GTH.

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. (BRASIL, 2008b, p. 3)

O GTH tem como proposta a criação de um coletivo que fortaleça os princípios constitucionais do SUS, apoiar a estimular mudanças nos equipamentos

de saúde, incentivar a democratização da gestão e articular as práticas de humanização em rede. Sugerimos a criação deste grupo de trabalho junto aos profissionais como estratégia de lateralização que possibilite, conseqüentemente, uma análise coletiva dos processos de trabalho. O grupo iniciou com bastante força, pautando a ampliação de espaços democráticos, pautando o que as unidades de saúde viam como problema, realizando planejamentos para dar conta dos problemas elencados.

O NASF compõe o GTH problematizando as práticas em saúde, pensando junto com as equipes em modos de cuidar e lidar com as demandas que surgem no trabalho. No GTH, passamos a trabalhar com os intercessores que criam caminhos para nos reposicionar diante do trabalho, transformando seus processos. Trazer a experiência que tivemos com o GT não é falar de um certo sucesso ou fracasso da manutenção dos encontros deste grupo, mas o efeito de nos deslocar de uma posição, produzindo pensamento, nos reposicionar cognitivamente diante do trabalho.

Num dos encontros do GTH, discutimos a questão do acesso aos serviços de saúde bem como o acolhimento. A discussão, a princípio, se limitava a universalidade do SUS como uma obrigatoriedade de receber todos que aparecerem bem como encaminhar a unidades de saúde de referência depois de realizar atendimento inicial. Algumas semanas após essa discussão do acesso e do acolhimento no GTH, em uma das unidades de saúde, os profissionais estavam na recepção conversando sobre como iam fazer com os pacientes de outras áreas que viessem. Uns diziam que tinha que encaminhar direto para unidade de referência, outros que tinha que atender primeiro até que uma Agente Comunitária pergunta quem é que estava vindo de outra unidade, e se não tinha pacientes deles indo para outras também. Tal pergunta fez com que os profissionais que ali estivessem pudessem parar e pensar coletivamente a organização do trabalho. Neste movimento, percebem-se os efeitos de tais encontros que, mesmo se encerrando no caso do GTH, permanecem num plano de relações cotidianas.

Os intercessores que nos dão direcionamento para este modo de trabalhar. Trabalharemos com a clínica ampliada, com formações de rede, e o território vivo que nos permitem operar noutro modo de trabalhar em saúde, como produção de

novas normas, que discutiremos no próximo capítulo, possibilitando nos reposicionarmos diante do trabalho. Mesmo que encontros do GTH não tenham durado nem mesmo um ano, o que esta experiência traz é como há uma reverberação das conversas em cada equipe. O GTH abriu um caminho de conversas junto com os profissionais que criou passagem para operar novos modos de trabalhar em saúde.

Os intercessores norteiam a análise do trabalho para práticas em saúde nessa dimensão de rede em que estão imersas num emaranhado de interlocuções entre desejos, saberes, culturas, modos de habitar a cidade. Trabalhar em saúde, a partir desta dimensão, muda os problemas, considerando que noutro modo de trabalhar era pautado na doença e na remissão do sintoma. A partir dessas mudanças, vamos pensar em sujeitos e famílias na perspectiva da rede, o que faz com que essas práticas fortaleçam usuários e trabalhadores na produção saúde.

É neste sentido que os intercessores são fundamentais e é isso que chamamos de produção de veredas, a potência de coletivização. Os intercessores são as veredas, os caminhos pelos quais se fazem possíveis a invenção, produção de novas normas e, portanto, de saúde. Para promover saúde é necessária a construção dessa grupalidade, de criar espaços de construção conjunta de modo a possibilitar troca de saberes, democratizar as relações de trabalho. Entendendo esse movimento como a mais importante vereda a ser criada pelo NASF, como dispositivo, e pelas equipes de estratégia, a possibilidade de rede.

Analisaremos aqui como outros três intercessores que nos ajudam a pensar as práticas em saúde, a saber: clínica ampliada, a experiência de rede e o território vivo. Cada um desses intercessores constitui-se chaves para este trabalho, pois são estes que abrem caminhos para que o NASF atue como um dispositivo e, deste modo, criam meios para que possamos efetivar as práticas de apoio que trabalhamos no capítulo anterior.

4.1 Clínica Ampliada

Certa vez uma das equipes de saúde à família nos pediu para visitar com eles uma família composta pelos pais, sendo que a mãe estava gestante, e mais cinco filhos do casal. O motivo da visita compartilhada era pela gestante se recusar a fazer o acompanhamento de pré-natal. Eles moravam recentemente naquela casa, recebiam muito bem a ACS, porém não viam necessidade de ir até a unidade de saúde.

Em um modelo de atendimento clínico hegemônico a visita poderia ter sido conduzida no intuito de constatação de uma realidade para convencimento da família para realizar os procedimentos dos protocolos para gestantes. Assim a visita seria realizada para saber o que faltava em sua residência, e convencê-los das complicações possíveis pelo não acompanhamento de pré-natal. Tal prática se insere num modo de fazer clínica que hierarquiza saberes.

Na visita, fomos a ACS, o psicólogo, a assistente social e o enfermeiro. Poderíamos ter seguido um caminho que, majoritariamente, pensa nessas três abordagens distintamente, de modo que o cuidado sobre a família poderia ser balizado a valorizar mais aspectos psicológicos, sociais ou biomédicos. Tal processo produz fragmentação a medida que atua de forma excludente a outra ou numa sobreposição de saberes.

Quando se traz essa história para conversa, é pra afirmar outra prática de cuidado em que esses saberes se articulem. É nesse sentido que a clínica ampliada surge como um intercessor que direciona nossas práticas. Trata-se de uma prática clínica de composições dos diferentes de saberes de usuários e profissionais na construção das terapêuticas.

Importante ressaltar a importância do trabalho de ACS. O vínculo que essas profissionais conseguem produzir com os usuários é bastante rico e pouco reconhecido pelos profissionais dos especialismos e encarnados do saber médico. É preciso que esta temática alcance os espaços de discussão. Precisa-se falar que esses profissionais conseguem tecer redes com os usuários, no seu ambiente de

trabalho e com outros serviços intersetoriais, produzindo a transversalidade. Tais profissionais tem uma fluidez para passar dentro dos poros enrijecidos do trabalho duro, burocrático, tornando mais maleável, mais potente e criativo.

Quando chegamos para a visita nos apresentamos e buscamos conhecer todas as pessoas da família. Descobrimos, pelo pai das crianças, que eles seguem tradições indígenas que tem seus próprios métodos de cuidado com a gestante e, que não iam até a unidade por saberem que a gestação vai bem. Compreendemos que os conhecimentos que compartilharam conosco nessa visita é fruto de uma cultura milenar, de saberem produzidos por gerações.

Sugerimos, então, como estratégia de ampliação do cuidado que eles conhecessem a unidade de saúde, os profissionais de modo que pudessemos compartilhar os diferentes saberes. Eles nos ensinaram em cada visita como eram as técnicas que conheciam para saber que o bebê e a gestante estavam bem, como funciona o fluxo energético do corpo. Ao mesmo tempo a família veio à unidade para as consultas de pré-natal e aprendiam um novo saber com os profissionais da unidade. Era importante construirmos com eles uma corresponsabilidade pelo cuidado conjunto, participativo, o que não aconteceria negando ou excluindo seus saberes. A clínica ampliada aparece, neste sentido, como intercessor para construirmos com esta família um PTS. Trata-se de fazer uma proposta de cuidado terapêutico a partir de uma clínica adjetivada de processos de subjetivação. Estamos afirmando aqui uma clínica que se faz com o outro, não isolada, nem a despeito do outro.

A Clínica Ampliada aparece como um intercessor que possibilita uma modificação do modelo hegemônico da atenção e da gestão do trabalho. Diz respeito a: considerar a saúde como objeto de investimento (não mais a doença como no modelo hegemônico); a ampliação da autonomia (capacidade de produzir normas para si) como produção de saúde e; considerar as histórias e os saberes dos sujeitos, bem como incluí-los, na construção dos projetos terapêuticos (BRASIL, 2010a).

Barros e Passos (2001) nos ajudam a pensarmos sobre esta clínica que atua como intercessor de nossas práticas quando propõem pensar uma clínica que não

está em práticas cristalizadas e hierarquizadas. Pensa-se uma clínica que possibilite que novas subjetividades possam emergir, como produção de veredas.

derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz (BARROS; PASSOS, 2001, p. 93).

Segundo Barros e Passos (2001), há uma conceituação clássica da clínica que é do atendimento, do dobrar-se sobre o paciente. É atitude de uma intervenção clínica unilateral e verticalizada, que se intervém sobre o outro sem considerá-lo como sujeito integral e complexo, não permitindo, assim, acolhimento. De outro modo, entendemos que na vida há mudança, processo de subjetivação, desvios e produção de novidade a cada encontro. Torna-se necessário uma prática clínica que acompanhe essa complexidade, que leve em conta esse caráter mutável e inconstante, bem como as diferenças dos diferentes sujeitos.

Pensar na subjetividade a partir do real dado, como identitário, produz práticas em saúde que são excludentes a modos de vida que não se enquadram neste real, processo esse que leva ao adoecimento. Propomos uma clínica que entenda o real como processo, de modo que práticas e sujeitos que se produzem, fazem-se e se refazem, a cada encontro. Esta diferença muda completamente o planejamento e as ações de cuidado.

A partir da clínica ampliada, uma prática implica na necessidade de repensar o trabalho, torna-se caro problematizar as posturas e práticas que tem direcionado o trabalho, bem como os vetores que nele intervém. É não colocar um saber acadêmico acima do produzido pela cultura indígena. Falamos do trabalho também em sua dimensão processual por entender que este, apesar das normativas, está inserido em um jogo de forças que mantém em constante mudança.

Pensar num real e produzido implica outra concepção de clínica, não restrita ao especialista que produz e infere uma técnica e aquele que é objeto de intervenção. Pensamos numa clínica como modo de produzir saúde com o outro.

Deste modo, pensar a saúde é pensar a produção de subjetividade. Este caráter processual e inventivo das práticas em saúde do qual acessamos pelas formas que eles se apresentam. Por isso trazemos narrativas presentes neste trabalho, como modo de acessar essa dimensão de constituição de práticas promotoras de saúde.

O efeito desse intercessor é um desvio da saúde não mais como objeto técnico, meramente prescritivo. Também abriremos mão de uma concepção de clínica, em que a relação se faz dura, estreita do especialista com o usuário, de que tem ou não tem saber ou o governo de sua vida. Trata-se de uma clínica como produção de normatividade, saúde como produção de novas normas. É neste sentido que se pensa na clínica como intercessor, pois abre possibilidade para emergir uma conceituação de saúde que afirmamos aqui ser capacidade normativa.

Os objetivos dos encontros do GTH foram justamente analisar e intervir na dimensão processual do trabalho. Entendendo que tais apontamentos são diretamente associados à proposta de clínica, da qual nos referimos a pouco, produzindo desvios nas práticas de cuidado que desenvolvemos.

Parte importante do trabalho de apoio é poder construir junto às equipes práticas clínicas compartilhadas. Sabendo que os processos de trabalhos são constituídos por diversas formações e práticas. Apreender desta clínica como *clinamen*, bem como lateralizar a clínica não é processo fácil, implica em repensar processos formativos, em reinventar modos e posturas de trabalho.

Ao mesmo tempo sair do lugar dos especialismos e se permitir experimentar outra prática clínica nos proporciona mais segurança nas intervenções, tanto por fazer junto quanto pela produção de conhecimento que estes encontros coletivos provocam. Não é sempre que conseguimos exercer tais práticas, por vezes somos capturados por práticas verticalizantes, porém entendemos que este é o caráter processual do trabalho. Apostar numa clínica COM o outro tem sido um exercício ético e político.

Aí também há a produção de uma certa política: aquela que coloca de um lado a macropolítica e, de outro, a micropolítica; de um lado, o Sistema Único de Saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, como conquista garantida pela lei, pela Constituição e, de outro, os processos de produção de subjetividade. (BENEVIDES, 2005)

Tomamos como direcionamento uma inseparabilidade entre a clínica e a política. Afirmar a clínica como um fazer político é entender que está imersa em relações que estão se constituindo e que o encontro clínico produz realidade. É necessário analisar que realidades a prática clínica tem produzido, a que movimentos ele associa. Afirma-se um *ethos* das práticas em saúde, nas intervenções, não apenas em termos individuais separando sujeito e coletivo, mas que tais práticas nos corresponsabilizem para todos e cada um (BENEVIDES, 2005).

Na primeira conversa que tivemos com a família de tradição indígena existia uma tensão entre profissionais e a família. O responsável familiar num primeiro momento entendia que o saber dos profissionais da saúde excluía o saber que aprendeu em sua vida ao mesmo tempo em que dizia não querer “favor” nem da saúde nem da Assistência Social.

A partir da primeira visita a família indígena conseguimos estabelecer uma série de conversas sobre o cuidado à gestante que não passava exclusivamente pelos protocolos do pré-natal. Aprendemos, parcialmente, como se sente a energia do bebe no útero e como essa energia é transmitida pelos corpos na perspectiva deste saber indígena, conhecemos um outro modo de ser família. Também passamos a articular na rede sócio assistencial alimentos e benefícios da política de assistência social de que a família necessitava bem como também seguindo os protocolos do pré-natal. Trabalhamos as políticas de saúde e assistência social como direitos e que para que sejam garantidos é importante que esta família nos ajudasse a produzir essas políticas, com seus saberes, singularidades e forças.

É neste contexto que as ações em saúde não se remetem a um processo de reconhecimento, ou seja, de reconhecimento e constatação de uma realidade constituída. Desenvolver-se uma clínica ampliada constituem como modos de construção de novos mundos, novos territórios, de novos possíveis. A clínica como intercessor é potencializar a dimensão criadora da vida, de modo que possamos nos articular a diferentes saberes, singularidades, diferenças. Essa família passou a fazer parte do cotidiano da unidade de saúde, trabalharam conosco num processo formativo de clínica ampliada que vai para além de capacitações formais, que se dão no cotidiano dos serviços, no trabalho vivo.

4.2 Experienciações em rede

Uma das usuárias que mais nos marcou nestes anos de NASF foi a Zete (nome fictício). Quando ela chega à unidade de saúde ninguém a quer perto. Zete foi uma das primeiras demandas trazidas pela ESF para o NASF e é vista a usuária mais “carrancuda” da unidade de saúde, ‘exigindo direitos’, atendimentos quando ela quer, ‘sem um pinga de educação’. Quando ela não está brigando com as pessoas da recepção, está chorando no banco da sala de espera.

A ESF solicita que o psicólogo do NASF a atenda, dizendo que a usuária não aderiu ao acompanhamento no serviço de saúde mental. No primeiro atendimento, Zete chega muito confusa, relata muitas histórias e sentimentos. Fala do abuso sexual que a filha sofreu por parentes e como, desde então, convive com um constante medo de que algo ruim está para acontecer. Ela diz que faz acompanhamento com psiquiatra particular e que toma medicamentos para depressão. Ela relata ainda que se perde ao usar os medicamentos.

Pouco antes de finalizar este atendimento, o psicólogo a pergunta se poderia apresentar a farmacêutica do NASF para ela, visando ajudá-la na organização das medicações. Ela aceita e pede que isso seja feito na casa dela. Aceitamos e agendamos a visita. Após o atendimento, a equipe em conjunto com o psicólogo e a farmacêutica do NASF, foi feita reunião de matriciamento (ferramenta trabalhada no primeiro capítulo), falamos da importância da criação de vínculo dos usuários com a ESF e da importância do usuário poder contar e confiar no trabalho realizado.

Há, nesse campo de práticas, que se considerar o aspecto do trabalhador ser detentor de uma determinada proposta de organização da produção do cuidado, bem como portador de uma certa subjetividade, que opera no ato da sua intervenção sobre o outro, produzindo o cuidado. Conta o modo como vê os seus companheiros de equipe, como valora a vida do outro, como se dispõe a atuar, e assim por diante; na saúde conta o modo como o trabalhador assume determinadas atitudes ético-políticas junto aos seus pares, seus dirigentes e os usuários. E, essas atitudes estão sempre entre o pólo de um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidador mais acolhedor, que estabelece vínculos e responsabilidade em relação ao usuário e seu problema de saúde. Qualquer um de nós, como usuário sabemos o que isso significa, pois quando necessitamos de um cuidado temos plena noção de como conta quem está ofertando o serviço. (MERHY; FRANCO, 2013, p 99)

A rede como intercessor é operar numa abertura para se produzir vínculo, rede como conversação, possibilidade de afetação. Redes se aquecem quando aumentamos a capacidade de comunicabilidade. Como criamos, no processo de trabalho em saúde, uma escuta que seja acolhedora à Zete, sua família, aos colegas de trabalho e demais usuários? Aumentar o grau de comunicação o qual nos referimos aqui é a capacidade de se afetar e ser afetado, de criação de vínculos.

“Trata-se, enfim, de um dos modos pelos quais se pode evidenciar a incidência eminentemente afetiva do trabalho em saúde e o quanto essa sua produção “intangível” está fortemente condicionada por suas *técnicas de conversa*. As *redes de trabalho em saúde* – essas extensíssimas *redes de conversações* – passam, assim, a ser pensadas como *redes de trabalho afetivo*, no sentido de que o essencial nelas é, de fato, a criação e a manipulação dos afetos.” (TEIXEIRA, 2004)

Trabalha-se na perspectiva de criação de vínculo que não é, de modo algum, verticalizada de um profissional que aplica uma técnica de saúde em um usuário, mas ela é transversal na medida em que se lateraliza. Em outras palavras, a produção de saúde se dá quando as pessoas se “enamoram”, criam vínculos, compartilham histórias, produzindo rede. Por este motivo elencamos aqui como um importante intercessor, por abrir possibilidade de encontros, de se recolocar na relação com o outro, produzindo subjetividades.

E o que são *redes de trabalho afetivo*? São *redes de produção de afetos*, o que, como procurarei demonstrar, é a própria *produção de redes sociais*, de comunidades, de formas de vida (biopoder), de produção de subjetividades (individuais e coletivas) e de sociabilidade (Hardt, 1998). Redes de produção de redes.” (TEIXEIRA, 2004)

Como estratégia para produzir essa criação e fortalecimento de vínculo, visitamos a Zete (psicólogo, a farmacêutica e o enfermeiro). Ela nos recebe com o sorriso, bem diferente da expressão séria e dos olhos inchados do encontro anterior. Sua irmã estava lá e as duas estavam fazendo doces para vender na feira da cidade. Tivemos uma longa conversa presenteada com café e doces. Essa visita foi primordial para a mudança na relação entre Zete e a ESF. Ambos passaram a se tratar de outro modo, talvez adocicados pelas balas de coco, sem medos nem expressões de raiva, mas com bom dia e sorrisos quando esses eram possíveis de serem ofertados. À equipe, foi possível conhecer a usuária para além das demandas apresentadas, compartilhando a vida, os modos como a equipe e a família da Zete funcionam. O que Zete traz em sua história é uma longa luta contra processos depressivos, aliados a histórias de violência familiar. Ela nos relata que nunca

conseguiria superar isso e que não tinha apoio nem da família nem de ninguém. Era preciso que a equipe percebesse de modo sensível as dificuldades de Zete para construir um projeto terapêutico que permitisse, a ela e aos profissionais, construir caminhos possíveis de produção de saúde dela. Foram realizadas visitas domiciliares, interconsultas entre NASF e eSF, e a inclusão de Zete em um grupo desenvolvido na unidade. A partir dessas práticas de cuidado foi sendo possível criar vínculo de sensibilidade, rede de afeto. Ambos permitiram se afetar e transformar pela presença do outro.

Pensar na temática da rede como redes de cuidado afetivo precisa levar em consideração todo um emaranhado de relações que unem diversos pontos, tecida com linhas de conexão e nós. O trabalho na saúde da família requer presença no território de modo que a US seja um nó(s) em conjunto com outros pontos. Analisar a prática de apoio dentro da atenção primária é dar importância a essa constituição de conexões. Não fechada a um nó, pois são justamente as linhas de conexão que nos interessa. A rede precisa ter potência de ampliação, constantemente tecida para compor novos nós. Ela compõe um território vivo e, portanto, dinâmica e assim ela se faz heterogênea neste território, “a rede é a encarnação, uma versão empírica e atualizada do rizoma” (KASTRUP, 2010, p. 80).

É neste sentido que trazemos aqui o acolhimento como diretriz importante na produção de rede. Acolhimento se refere à prática de corresponsabilização da equipe de trabalho com os usuários. Entende-se que todos os profissionais são responsáveis pelo acolhimento por meio de uma escuta qualificada que entenda a demanda em toda a sua complexidade, considerando os diferentes modos de vida dos sujeitos, e sendo resolutiva (Brasil, 2010a). Para além disso, vamos caminhar nessa diretriz com Ricardo Teixeira, 2004, quando este diz que o acolhimento é como a “paquera”, é necessário conhecer, passar tempo junto, descobrir coisas comuns e diferenças, se experimentar.

Quando um campo de confiança se constituiu entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularização que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos, fracos ou perdedores. (TEIXEIRA, 2004)

O fortalecimento de vínculos nos permite compor com as diferenças, como na música. Não se faz música com um único acorde e, para composição, é preciso

diferença, composição de diferenças. Zete hoje participa das ações na comunidade promovidas pela ESF e quando ela não está bem a equipe a acolhe e entende, sendo possível partilhar essa vinculação. São as diferenças que possibilitam a criação de rede.

O que torna mais caro ao trabalho é a possibilidade de nos transformarmos neste processo, como na história da Luana, uma mulher de 46 anos e casada desde os 13, chega à unidade de saúde em desespero com o sofrimento vivenciado no casamento. A família dela a obriga a se casar devido a gravidez. Ela se refere a si mesma como altamente ansiosa e depressiva, sem energia para viver. Traz para o atendimento relatos de diversos tipos de violência que sofre do marido em todos esses anos. Fala de várias vezes que o marido a desqualificou e a agrediu verbalmente, das vezes que foi abusada sexualmente²³, das proibições de sair de dentro de casa inclusive para trabalhar, de agressão física e do medo que sente em meio a todo esse cenário. Luana se vê fraca e sem condições de lutar, ela diz que acha que nunca vai ser feliz na vida, mas como atitude desesperada procura ajuda na tentativa de encontrar quem a escute e a ajude.

O pedido de ajuda de Luana dispara vários debates e emoções em todos nós. Luana não é a única mulher a passar por isso. Segundo dados do mapa da violência 2015 (WASELFSZ, 2015), o estado do Espírito Santo é o que tem a segunda maior taxa de feminicídio, alcançando 9,6 mortes por 100 mil. Tendo ainda Vitória (ES) a capital que mais mata mulheres no Brasil (11,8 por 100 mil). Os dados de Santa Teresa (ES) estão completamente desatualizados dada a ausência de políticas para enfrentamento à violência e uma cultura que contribui para violência.

Em nossas conversas em reunião de equipe, de matriciamento e de rede intersetorial²⁴ colocamos em análise como podemos acolher, fortalecer e proteger Luana e todas as mulheres que cotidianamente sofrem com as práticas machistas e misóginas.

²³ No relato ela diz que fez sexo contra a vontade dela, “pois tinha direito como marido”. Entende-se com isso que não se trata de sexo e sim de violência sexual.

²⁴ Tem-se no município as chamadas reuniões de rede que reúnem diferentes setores, do poder público ou não, para discutir casos comuns e pensar em ações de políticas públicas.

Essas mulheres e essas histórias são habituais nossos serviços e, na maior parte das vezes, aparecem com demandas que não estão declaradamente relacionadas com a violência, mas que podem ser percebidas em nuances, na sensibilidade e na construção de vínculo por quem acolhe. São histórias que estão nas comunidades, que as famílias lidam cotidianamente e, para enfrentar esse problema se faz necessária criação rede, são redes de conversa, de afetação, não são exclusivos de serviços ou pontos de atenção, mas modos de estar junto que contagie as pessoas, que se espalhe e acesse territórios.

O conceito de rizoma, de Deleuze e Guatarri (2004), também nos ajuda aqui a entender o trabalho na sua dimensão de constituição e produção de rede. Mas antes de entrar no conceito em si é preciso entender o rizoma dentro da biologia se refere a uma raiz, não a convencional, axial com a qual estamos acostumados a representar, mas uma raiz que se desenvolve horizontalmente. Tal planta pode ramificar, brotar ou tornar talo qualquer parte de sua raiz.

Entender a rede de políticas públicas como rizoma é uma postura diante do trabalho no qual não se tem um caminho traçado, como uma raiz axial, mas sim veredas que se produzem nos encontros de nós dessa rede. O que importa então não é tanto a forma, mas sim as linhas que a compõe. As linhas são os caminhos, agenciamentos e conexões que são estabelecidas nessa rede.

Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões. Não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas (DELEUZE; GUARARRI, 2004. p. 34)

Solidificar o trabalho aprisionando a uma estrutura administrativa ou se restringindo a protocolos é matar esse rizoma, é retirar sua maior potência que é a criação de veredas, reduzindo sua potência de subjetivação. Localizar a mulher em situação de violência no CREAS ou no serviço de saúde mental é perder para violência, pois todos somos responsáveis e precisamos conversar sobre isso. Aposta-se, neste trabalho, na possibilidade de criar novos caminhos e é isto que estamos chamando de produção de saúde, florescer em terreno árido, produzir caminho.

Deixarão que vocês vivam e falem, com a condição de impedir qualquer saída. Quando um rizoma é fechado, arborificado, acabou, do desejo nada

mais passa; porque é sempre por rizoma que o desejo se move e produz (DELEUZE; GUATARRI, 2004, p. 30)

O trabalho em saúde é historicamente, fragmentado, compartimentado. A proposta que se faz aqui é quebrar com essas barreiras, e assim produzir desejo de transbordar. O que fomos experimentando no trabalho foi sair das caixinhas profissionais e se arriscar em outras áreas, outros campos de saber e, inclusive um saber que é produzido no próprio território, a despeito de um saber científico que se coloque como superior.

A história de Zete se encontra com a de Luana quando descobrimos que o sofrimento de Zete se inicia quando sua filha sofre uma tentativa de violência sexual. Essas histórias se cruzam e dão visibilidade a diversas outras histórias que vão surgindo e disparam conversas na unidade de saúde e desta com outros pontos da rede (CREAS²⁵, CRAS²⁶, CAPS), o que vem acompanhado da ampliação da capacidade de intervenção, o escopo do cuidado. É como reverberação dessas histórias que começa a se estudar a criação de um fórum de mulheres e a criação de um conselho de direitos da mulher. O que pretendemos com isso é justamente disparar conversas, nos serviços e nas comunidades. A rede como intercessora opera nesta mudança de postura de trabalho, na ampliação de nossas conversas, na produção de veredas.

Segundo dados do conselho tutelar de Santa Teresa, obtidos em reuniões de redes intersetoriais, a partir do ano de 2015 tiveram um exponencial aumento das denúncias de abuso sexual contra crianças e adolescentes. Tais questões têm chegado com cada vez mais frequência no cotidiano das equipes, não se sabe muito bem se pelo aumento dos casos ou se pelo aumento da confiança no trabalho desenvolvido. O que se coloca como questão é a possibilidade de conversarmos mais, nos fortalecemos coletivamente, em rede.

Agendamos encontros mensais com toda essa rede de atendimento à mulher para fomentar práticas de enfrentamento a violência, com corresponsabilidade pelo território. Nessas reuniões, podemos perceber que grande parte das mulheres que são atendidas nas USF trazem algum relato de violência, e a maior parte das unidades de saúde diziam que não fazia parte de seu trabalho o cuidado nessa

²⁵ Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

²⁶ Centro de Referência de Assistência Social

temática. A tentativa inicial era, num primeiro momento se fazer a notificação, que é compulsória para a violência, uma vez que não existia nenhuma notificação de violência antes de 2015 no município de Santa Teresa (ES), em segundo lugar problematizar as violências de modo a alcançar o cotidiano dos serviços e das comunidades. Era bem nítido um trabalho de intervenção em saúde restrito a fatores biomédicos descolado da vida nos territórios. A medida que as reuniões foram acontecendo novas parcerias que eram estabelecidas, o que nos levou conversar sobre o fluxo de atendimento, medidas protetivas e, principalmente, o fortalecimento das comunidades no enfrentamento das violências.

Antes dessas reuniões, esses casos confirmados de violência eram encaminhados diretamente para o ambulatório de Saúde Mental (quando chegavam às Unidades de Saúde), sem um acompanhamento da Atenção Básica, após encaminhamento não se falava mais do caso. A partir desses encontros começamos a direcionar um movimento de corresponsabilização. Pactuamos que os casos precisam chegar até Unidade de Saúde sendo essa a coordenadora do cuidado, a equipe que receber a usuária faz o acolhimento, vê a necessidade de encaminhamentos, ou solicita apoio do NASF se julgar necessário, e mesmo encaminhado continua acompanhando as famílias. Tal intervenção se faria na perspectiva do acompanhamento e proteção após a violência, com os atendimentos de outros serviços (CRAS, conselho tutelar, etc.) que não estão vinculados administrativamente à secretaria de saúde.

Tanto a notificação quanto o cuidado às vítimas de violência fazem parte de um aspecto fundamental na construção de políticas de enfrentamento e na produção de linhas de cuidado, porém ainda faltava que pudéssemos intervir na própria produção de violência. Seria necessário nos articularmos com os territórios, com as territorialidades na perspectiva de uma transformação de toda a sociedade.

É preciso entender que essas violências são produzidas e que se faz necessário que sejam um problema para rede. Fortalecem-se as pessoas e os coletivos no combate a essas situações no momento em que se sai dos consultórios, se expande e cria-se rede. É nesse sentido que a rede se torna um importante intercessor, pois por meio dela é possível nos fortalecer coletivamente. A partir da

criação de coletivos democráticos é possível produzir saúde, uma saúde que é COM o outro.

O modo de produzir saúde traz em si a ideia de um campo social, onde se articulam poderosas forças instituídas e instituintes, encenando um jogo que ao mesmo tempo é tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva, e pode ser tanto “generoso” quanto “perverso” às possibilidades que se apresentam para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado, se olhado pelo ângulo das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Essa diversidade, que torna complexo esse suposto sistema produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou melhor dizendo, no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e em especial, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho, no seu fazer a produção da saúde. É no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, cruzam-se saberes, fazeres, e construção de linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Unidade ou de uma Equipe de Saúde. (MERHY; FRANCO, 2013, p. 88)

O trabalho do NASF como dispositivo de visibilidade e análise micropolítica nos permite compartilhar saberes, práticas e tecer redes a partir de encontros na comunidade com os moradores, nos encontros com os diversos pontos de atenção do município (como CRAS, CREAS, conselho tutelar e COMCAST²⁷). É a rede como intercessora desses processos. É um trabalho de produção de veredas, que são produzidas, dizem de como nos conectamos e nos relacionamos com o trabalho, com a prática, com os afetos que mobilizam trabalhadores e usuários, com as pessoas que encontramos. As veredas, portanto, não estão prontas desde sempre para sempre, não são nem descobertas. Elas são inventadas, produzidas de modo a desenvolver ou se aliar as práticas de cuidado que aumentem nossa capacidade de agir no mundo, produzindo saúde.

O modo de trabalhar do NASF atua como um dispositivo que traz a tona esses processos que antes eram invisibilizados e se perdiam nesta rede fragmentada. Trata-se de trazer uma dimensão do trabalho como uma responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF, as ESF's e outros pontos da rede objetivando contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. Buscando auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

²⁷ Conselho Municipal da Criança e do Adolescente de Santa Teresa. Este conselho se apresenta como grande parceiro nas ações em saúde da criança.

Trata-se, portanto, de como as práticas de apoio fomentam a esse processo de criação e aquecimento de redes. Produzindo lateralizações, conectando pessoas e coletivos, dando visibilidade as histórias que seriam esquecidas ou se perderiam nos especialismos. Quando se dá visibilidade a tais histórias, faz-se possível acolher, criar vínculo, estar junto criar rede de trabalho afetivo. Pensando especialmente que esta rede é tecida, produzida por nós no cotidiano.

O que se planeja com essa proposta de rede é o aumento de capacidade de ação, tanto na qualificação da equipe no atendimento a demandas similares quanto na escuta ao usuário e na construção coletiva estratégias de intervenção. É de certa forma fomentar processos cogestivos, o que é, em última instância, produzir veredas. Apostar numa gestão coletiva na rede é entender que o trabalho está imerso em produção de saberes e, de modo algum, essa produção de saberes é separada da produção dos sujeitos que se transformam nesse processo, que criam novos caminhos.

Por ser produção é necessário que se articule uma rede com usuários, trabalhadores e gestores e que se corresponsabilizem pelas ações desenvolvidas e pelo modo de operar da equipe. Apesar de avanços, como o narrado acima, muitas vezes cada profissional ou equipe atua separado, não partilhando das ações, além de promover um distanciamento dos trabalhadores do nível central da secretaria, dos demais trabalhadores e dos usuários.

Tomar a produção de redes como intercessor implica em criar uma gestão compartilhada dos processos de trabalho, em criar estratégias para ampliar a participação de trabalhadores e usuários, ou seja, em fortalecer uma democracia institucional. Como afirma Teixeira (2005):

A democracia é uma obra de arte, um sistema de convivência artificial gerado conscientemente, que só pode existir através das ações propositivas que lhe dão origem como uma co-inspiração em uma comunidade humana(...). A democracia não é um produto da razão humana, a democracia é uma obra de arte, é um produto de nosso emocionar, uma maneira de viver de acordo com o desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo. (MATURANA, 1997 apud TEIXEIRA, 2005, p.583).

Respeitar e construir uma rede de cuidado com os usuários é um desejo de coexistência, produção de coletividade, de democracia. Tal prática só é possível a

partir da diferença, de entender o outro como legítimo outro, com suas nuances e particularidades. Se formos pensar na música, por exemplo, só é possível compor por diferentes acordes, na dança por diferentes movimentos. Assim, a democracia institucional é com base na diferença, na multiplicidade.

A aposta que se faz é que as conexões feitas permitam um processo de vinculação em que o usuário pode contar a equipe de saúde. É nesse sentido que se busca o desenvolvimento de ações, permitindo a criação de novos modos de constituirmos relação. Essa é a aposta quando se traz a rede como intercessor, fazer operar coletividade, fortalecer vínculos.

4.3 Construindo territórios

Um usuário teve um surto psiquiátrico e este morava só num pequeno sítio afastado do centro da cidade. Na conversa junto à equipe, tem-se um embate na formulação da intervenção terapêutica, que, por um lado, dizia-se que ele não pode tomar conta de si, necessitando, portanto, de uma intervenção tutelar, seja internando, seja mandando para a sobrinha (única familiar não idosa desse senhor e moradora do município de Vitória/ES). Por outro, que estejamos mais próximos de Seu Joaquim (nome fictício) no intuito de aumentar sua autonomia, trabalhou-se a relação com seus vizinhos, bem como fortalecer vínculo com os demais serviços socioassistenciais. A preocupação era, em ambos, os casos a piora dele caso não intervíssemos.

Não havia caminho fácil, era preciso abrir veredas e, neste sentido, era preciso compor com o território vivo, território de conexões e afetos. Era preciso elaborar um plano de cuidado com Seu Joaquim que levasse em conta as conexões suas potencialidades, sua autonomia, as dificuldades e a criação meio de superá-las. A história deste usuário traz em cena uma vida que transborda as categorizações e que está inserida num território que é vivo, de conexões e ressonâncias, em que se fazem possíveis veredas, caminhos para transformação.

Território vivo é aquele em que infinitas relações são atravessadas constituindo uma multiplicidade de saberes, modos de existir que coexistem em diferentes e impermanentes composições. O território não é feito de uma fusão do idêntico, mas da “interrupção, fragmentação, suspense, é feita de seres singulares e seus encontros.” (PELBART, 2008, p. 33). Não se trata de analisar território apenas como região geográfica, pontuada em um mapa, como a casa de Seu Joaquim ser afastada do centro. Quando se traz o território vivo como intercessor é afirmar uma dimensão do cuidado numa análise do território como existencial. Assim, como afirmam Deleuze e Guatarri (2008) o território lança mão de todos os meios e ritmos, agarra, conecta pontos, de modo que quando há movimento, caminho, expressividade e ritmo há território. É a emergência da vida que se territorializa e desterritorializa, que se produzem as veredas, “há território a partir do momento em

que componentes de meios param de ser direcionais para se tornarem dimensionais, quando eles param de ser funcionais para se tornar expressivos” (DELEUZE; GUATTARI, 2008, p. 121).

Falamos que Seu Joaquim compõe um território existencial quando este expressa modos singulares de existir, convocando-nos a repensar as práticas de cuidado. É preciso levar em conta as redes em que estes modos singulares expressam os fluxos, a dinâmica que constitui um território, as parcerias que Seu Joaquim estabeleceu com os taxistas que o ajudam no trajeto do Centro da cidade à sua casa, com os vizinhos que antes do surto faziam festas de aniversário para ele e se diziam da família, o forte vínculo que ele tem com sua terra e sua casa.

Seu Joaquim nos convoca a repensar nossas práticas, a nos reposicionarmos com o território que compúnhamos, a expressar práticas que fossem de cuidado e não de tutela. Por causa do surto, as vias de comunicação “formais” com Seu Joaquim estavam comprometidas, mas era preciso encontrar outras vias de expressividade que nos permitissem conectar com esse território existencial, e não somente com sujeitos desencarnados e limites administrativos. O território como intercessor não é entendê-lo apenas no espaço físico medido burocrático-administrativamente, mas nos usos do território e sua dimensão de coemergência em relação aos atores que o habitam e o produzem.

Associa-se um território de polifonias em que o trabalho do apoio e a produção de saúde só se fazem possíveis em rede, compondo diferença, não feita de um somatório de identidades, mas em comunidade, em um território vivo, múltiplo. Como afirma Peter Pelbart (2008), a comunidade é feita de singularidades e encontros não focada na identidade, mas num inacabamento construtivo de práticas que se articulam entre a comunidade. Corroborando com a compreensão de Santos (1988), é necessária uma análise que compreenda o território para além do espaço geográfico, mas que inclua os diferentes usos que o compõe, sem ignorar também as relações políticas e econômicas que o perpassam.

O território passa a ser considerado, destarte uma categoria de análise a partir das dinâmicas que ali se apresentam, das conexões e relações que são tecidas. Não era possível construir uma prática de produção de saúde sem Seu

Joaquim, ou a despeito dele, pois ele nos convoca a uma prática coletiva, em rede. Assim, um território que permita ampliar o conceito de espaço de modo que não seja uma coisa em si, mas “coisas e relações juntas” (SANTOS, 1988). O espaço é um composto de objetos geográficos, naturais e sociais indissociáveis da “a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento.” (SANTOS, 1988, p.10). Tratar o território como intercessor é entender que ele é vivo, produtor de outras subjetividades e coletividades.

Em uma de nossas reuniões de matriciamento foi colocado que o ambiente que ele vive é insalubre e que ele estaria muito exposto ao adoecimento naquele local, visto que sua casa se localiza no interior, afastada do centro, não tinha energia elétrica nem água encanada. Mas insalubre para quem? Seu Joaquim vive há mais de 50 anos ali, já adoeceu e se recuperou diversas vezes, tem um bom vínculo com a Unidade de Saúde, nos recebendo bem em sua casa e indo à unidade nos dias agendados. Não seria uma violência retirar Seu Joaquim de sua casa para interná-lo ou o forçar a viver com outra pessoa, mesmo que familiar, sem que ele desejasse isso? Questiona-se em que medida a intervenção que faríamos produziria saúde ou em enquadraria em um processo de normatização e de higienização. Era preciso construir uma intervenção que fortalecesse este território de conexões, de modo que essas relações ajudassem Seu Joaquim a sair do surto sem tutelá-lo, afirmando autonomia, criando possibilidade de acolher e cuidar.

Atuar na perspectiva da promoção a saúde implica na produção de autonomia e liberdade na gestão do cuidado em saúde. Guattari e Rolnik (2013) nos alertando sobre um papel do Estado como um Estado de tutela “Estado-Providencia”, criando uma relação de dependência que inferioriza e infantiliza os sujeitos. Isso acontece de forma muito clara com os pacientes psiquiátricos. Assim sendo, o trabalho das equipes de Saúde da Família se encontram no fio da navalha, no limiar entre o cuidado e a tutela dos sujeitos, oferecendo um serviço assistencial no crivo do controle.

A respeito disso, a produção de autonomia aconteceu quando usuários se corresponsabilizaram pela gestão do cuidado e da produção das políticas públicas dos territórios vivendo uma “verdadeira reapropriação da vida, na medida em que os indivíduos, as famílias, os grupos sociais de base, os grupos sociais primários foram

capazes de escolher por si próprios, o que querem” (GUATTARI; ROLNIK, 2013 p. 173) e como querem. Trata-se, portanto, de um modo de se relacionar e de constituir território que faz “ruir sua identidade centrada e isolada, abrindo-o para uma exterioridade irrevogável, num inacabamento constitutivo” (PELBART, 2008 p. 39). Trabalhar a partir desse território vivo implica na construção de práticas que permitam desconstruir certos modos cristalizados, possibilitando assim, que novos modos possam emergir.

Por vezes, é exigida a nós, trabalhadores, uma postura higienista, ou seja, uma postura moral de limpeza social, biológica e psicológica que impõe sobre as pessoas um determinado modo “correto” de se viver. Esta exigência não está localizada na gestão ou nos trabalhadores, mas perpassa esta sociedade que impõe um modo como correto de conversar, alimentar, organizar a casa, até de ter sentimentos. Isto acontece de forma que sentimentos de angústia e tristeza não podem ganhar corpo e precisam ser medicados, hipertensos e diabéticos que não seguem as orientações se reduzem a casos perdidos em risco de morte, famílias são desassistidas porque são naturalizadas como “teimosas” por não quererem seguir certos padrões estabelecidos pelas políticas institucionalizadas.

Aponta-nos Foucault (2000) que o poder incide sobre os corpos num mecanismo que se preocupará com processos como taxas de natalidade, mortalidade, epidemiológicas. Assim, o alvo deste poder são as multiplicidades e não mais os indivíduos. Os processos biológicos regulatórios passam a ser objeto de intervenção e análise do Estado, os parâmetros da norma então será ou são, a sanidade numa oposição constante entre o normal e o patológico (FOUCAULT, 2000). É usado como crivo, neste contexto, o modelo médico higienista que vão atuar na regulamentação das vidas e das famílias:

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (FOUCAULT, 2000 p. 291).

Foucault (2000) vai apontar que a vida cotidiana entra num jogo de poder como questão política, ou seja, nos meandros do poder vai se preocupar com o

comportamento das pessoas, idade, trabalho, moradia, escolaridade, etc. Em todo esse cenário de controle biopolítico os sujeitos se transformam em indicadores, desprovidos e sem considerar as singularidades, se tornando alvo de intervenção do estado que ditará as regras sobre seu corpo a despeito de seus desejos, que controlará inclusive sobre sua consciência²⁸.

Enquadram-se as pessoas e comunidades em indicadores de risco e objetos para os serviços de diversas políticas a fim de controlar a vida ou evitar transmissão de doenças. Essas práticas vão elencar indicadores de um determinado território geográfico sem analisar o aspecto dinâmico do território, as redes que se tecem, os afetos. Assim, discursos tutelares atravessam as práticas de saúde e é nesse ponto que se faz necessário um deslocamento desses discursos endurecidos de forma a compor usuários, trabalhadores e gestores de maneira transversal para afirmar outro fazer em saúde que promova autonomia.

O trabalho do apoio matricial se constitui de extrema relevância quando se torna possível repensar as práticas, que há possibilidade frente a um embate poder se reposicionar. O apoio aqui se constitui nas duas vias principais do apoio matricial, tanto no acolhimento ao usuário quanto no fortalecimento e aumento de autonomia da equipe frente a essas situações (BRASIL, 2010b). Essa foi a tentativa com Seu Joaquim, nos colocamos a disposição dele e, passadas algumas semanas das primeiras visitas, este usuário comparece a USF sem agendamento prévio e visivelmente triste. Ele relata que foi visitar sua sobrinha em Vitória/ES e a mesma chamou o SAMU e o internou por alguns dias, e que no hospital lhe deram medicação intravenosa, contra a vontade dele. Ele nos diz que tinha acabado de voltar para cidade e queria agendar sua consulta para “cuidar do coração” e para contar o que fizeram com ele.

O primeiro lugar que ele vai quando chega à cidade é a unidade de saúde, mesmo estando triste, entendeu que era um lugar que poderia contar, tinha confiança e vínculo com os profissionais que lá estavam. Nossas visitas ao Seu

²⁸ Trata-se de certos mecanismos de controle sobre as pessoas nas práticas em saúde. Diz-se de como certas práticas em saúde limitam a autonomia, intervindo inclusive sobre a consciência, como no processo de sedação. Esta provocação é feita no curta real chamado “Solitário Anônimo”, disponível na internet.

Joaquim continuaram semanalmente, até que ele nos disse que não precisávamos o visitar mais, que sempre que ele precisasse sabia onde procurar.

A vida pulsa, insiste em viver, resiste, a despeito de mecanismos de controle. Este usuário nos convocou a um cuidado que só se faria possível repensando nossas práticas, nosso modo de lidar com os territórios vivos e existenciais. Naquele dia ele nos despede-nos apontando que de modo algum está restrita aos indicadores nem sujeita às categorizações de adoecimentos ditos psiquiátricos, mas uma vida pulsa e segue seu rumo.

A partir da volta de seu Joaquim reunimos a ESF junto ao NASF reuniu com o CAPS, CREAS e vizinhos próximos a ele na perspectiva de traçar um plano terapêutico que pudesse ajuda-lo ali em sua própria casa, junto a pessoas que ele confia e tem vínculo. Pactuamos com Seu Joaquim vindas periódicas à unidade de saúde e visitas um pouco mais espaçadas desses outros serviços. Tentávamos não estar sempre na casa dele, uma vez que ele sempre vinha até nós e por ele nos dizer que não gosta muito de visitas.

Uma das dificuldades que logo surgiu foi fortalecer o vínculo entre as comunidades daquele território, visto que as relações mudaram com a nova situação de saúde. Foi preciso trabalhar com as equipes e comunidades uma nova linha de cuidado em saúde mental que não fazia parte do cotidiano deste território.

O modelo assistencial que advogamos portanto, deve ofertar todos recursos tecnológicos aos cuidado dos usuários e mesmo que este, necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada “linha do cuidado” que garanta a integralidade da atenção, isto é, o seu “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a freqüente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado. (MERHY; FRANCO, 2013, p. 16)

Construir um projeto terapêutico requereu construir uma nova territorialidade para os processos de produção de saúde, desconstruir uma atenção a saúde mental com base em um modelo manicomial e uma tentativa de abertura a uma experiência

de composição das diferenças. Seu Joaquim por pouco mais de um ano compareceu mensalmente a unidade de saúde, momento que recebia atendimento ora da equipe de saúde da família, incluindo NASF, ora atendimentos compartilhados com os outros serviços supramencionados.

Pouco mais de um ano após o que acabou de ser relatado, Seu Joaquim foi fazer compras no centro da cidade, pessoas na rua identificaram que ele estava em surto e chamaram o SAMU para ele. A Polícia Militar junto ao SAMU, o conteve, o levaram ao hospital da cidade que o encaminharam ao Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) e lá ele permaneceu por alguns meses. Os processos que se passaram a partir de então produziram muita tutela e violência. O hospital da cidade, o mantendo atado na maca, dizia não ter ambulância para o levar ao HEAC e que o mesmo deveria ser conduzido no camburão policial. Foi necessária a intervenção da equipe de saúde da família e do CREAS junto a promotoria para que houvesse um transporte sanitário adequado. Aproximadamente três anos do exercício das práticas de cuidado nesta perspectiva que direcionamos neste texto seu Joaquim foi levado por intervenção compulsória de sua casa para o HEAC mais uma vez e o Estado pretende o colocar numa instituição de longa permanência.

Falar de práticas em saúde mental neste momento do texto se faz no exercício de operar diferentes territorialidades que se compõe ou se antagonizam no cotidiano. O trabalho em saúde mental nos ajuda, aqui, a ver com mais clareza o território como vivo, com os territórios existenciais que ele produz e deles é produzido. Operar um dispositivo, NASF, a partir deste intercessor nos possibilita criar novas territorialidades, territorialidades essas que permitam a afirmação de diferentes modos de vida e de viver. A vida de Seu Joaquim, neste direcionamento, não é, nem pode ser, mero objeto de intervenção do Estado, muito menos esquecida ou deixada para morrer num hospital ou camburão. A vida dele nos importa, toda a vida importa, e importa que transformemos nossos modos de trabalhar para potencializar os diferentes modos a vida, é isso que dá sentido a existência da equipe e das práticas em saúde.

O NASF atuou como um articulador no cuidado, intervindo de modo a repensar as práticas de cuidado. À USF, foi possível repensar o território que está inserida, para além de objeto de intervenção e análise de indicadores, mas como um

território de conexões, de afetos, de correlações. A relação com Seu Joaquim nos possibilitou repensar nossas relações cotidianas de cuidado COM a comunidade e não a despeito delas. Passamos a nos ver como componentes de um território expressivo de modo que nossa atuação revela a política de saúde que apostamos. Uma saúde como possibilidade produção de novos modos de vida, singulares, e que possamos sempre nos reposicionar neste território que é vivo.

5. Continuemos a produzir veredas...

De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro.

(SABINO, 1981, p. 154)

O trabalho com as experiências aqui narradas não se finda com esta dissertação. Continuamos em nosso cotidiano com novos encontros que certamente abrirão novas veredas de trabalho. Permanecemos nesta produção de redes que se fazem no cotidiano dos serviços, de modo a acessar a dimensão pública da política de saúde. Um trabalho que tem como objetivo compartilhar práticas do SUS que produzam vida, sorrisos, aumente autonomia.

Estamos interessados em uma prática de apoio que não se pretende ser especialistas dentro das Unidade de Saúde, se limitando em um regime de referência e contra-referência, nem uma prática formativa que se pretenda ensinar o modo certo dos trabalhadores atuarem. O que se pretende é um apoio em que usuários, NASF e ESF compartilhem a vida, construam juntos as ações de promoção a saúde, de novas normatividade. Essa última afirmação faz lembrar de uma usuária em um dos grupos que se dizia espantada por ter vários profissionais juntos conversando junto com eles. O espanto maior se dava pelo fato dos profissionais quererem saber a opinião dela sobre o tema, que a “pegou desprevenida” falava sorrindo. São práticas que o saber do usuário importa, constitui e produz os saberes em saúde bem como a construção das propostas de trabalho que surgiram a partir deste encontro de saberes.

Acessar a dimensão pública das políticas implica em intervir nos modos de produção de subjetividade que só é possível coletivamente, na composição de diferenças. Acessar um plano coletivo não se remete a um determinado agregado de

peçoas, mas sim a uma composição de subjetividades, elemento de diferenciação. Segundo Benevides (2005) “No coletivo não há, portanto, propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas”, e é neste contexto que se faz uma experimentação pública.

Como foi dito no primeiro capítulo, existem diferentes conceituações de saúde. Antes de adentrarmos na definição propriamente dita é preciso dizer que pensar saúde aqui se expande para além do SUS. Esta pesquisa se desenvolveu a partir de experiências de um trabalho dentro do SUS, mas a aposta que se faz aqui é em práticas de produção de saúde que transbordam a área de saber que se denomina saúde, transversaliza-se. Trata-se de uma política de vida, do trabalho como uma ética de viver.

Convido aos companheiros desta viagem que nos acompanharam nestas trilhas, a nos fortalecermos na produção de novas normatividades e coletividades. Partindo do entendimento que os movimentos cogestivos e, portanto, de produção de democracia institucional das práticas em saúde, nos permitem afirmar a dimensão pública do SUS. Este é um princípio deste trabalho, produção de cogestão.

Para que possamos instituir práticas normativas no SUS lançamos mão de intercessores que nos ajudam a nortear as veredas que criamos. A clínica ampliada que nos permite uma mudança tanto na atenção quanto na gestão das práticas em saúde, colocando a saúde, e não a doença, como foco do trabalho. A produção de redes trazendo a importância das conexões, da produção de vínculos para a construção de espaços cogestivos. A construção de territórios existenciais que se formam e se formam num território vivo e que são indispensáveis para qualquer política. Os intercessores que trabalhamos nos direcionam a olhar a prática de saúde como capacidade normativa, não meramente prescritiva, e que para tal é necessário estabelecer redes, conectar territórios.

Esta dissertação objetivou compartilhar as práticas de apoio matricial bem como o modo que desenvolvemos os trabalhos de um SUS que produz cumplicidade, veredas, sorrisos. São práticas que escapam o escopo usual de atividades dos serviços de saúde, que ganham a comunidade compartilhando

práticas que, como dissemos, afirmam um território que é vivo, que se produz nos encontros. E são deste modo que entendemos que se produzem as veredas, do encontro com água com a terra, com as pedras, com as raízes e a partir dos caminhos que a água vai tomando vão formando ao seu redor vida, plantas, animais, comunidades. Uma prática do SUS como produção de veredas é essa construção de caminhos que se fazem coletivamente e que permitem produção de vida.

.

6. Bibliografia

BARROS, R. D. B. d. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BARROS, R. D. B.; Passos, E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Revista Psicologia Clínica*, 13(l), 89-100. 2001.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 21-25, Aug. 2005

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1990a.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.5, v.1, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 148-168, Set. 2012.

CAMPOS, G. W. S. et al . A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014 .

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6. ed. 2 reimp. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DELEUZE, G. Conversações. Trad. Piter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: G. Deleuze, *O mistério de Ariana* (pp. 83-96). Lisboa: Vega. 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. I. São Paulo, Ed. 34. 2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. "Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrênia. Vol. 4. São Paulo: Ed. 34, 2008.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976), (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GALEANO, E. Bocas do tempo. Porto Alegre: L&PM, 2004.

GUATTARI, F. A transversalidade (1964). In: *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida /S.P: Idéias & Letras, 2004;

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica. Cartografias do Desejo. Petrópolis: Editora Vozes. 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Estimativas de população [online]. Disponível na internet via: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Arquivo consultado em 3 de dezembro de 2017.

KASTRUP, V. A invenção de si e do mundo. Campinas: Papirus, 1999.

KATRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, André (org.) Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 80-90.

MERHY, E.; Elias; FRANCO, T. B. Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de doutorado. UNCAMP. Campinas, SP : [s.n.], 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata-URSS, 1978: Relatório final. Brasília: OMS-UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica. Salvador. Set. 2007.

PELBART, P. Vida Capital: Ensaio de Biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2008.

SABINO, Fernando Tavares. 1923. O Encontro marcado, 32a, 33a, 34a ed. Rio de Janeiro, Record, 1981.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado, fundamentos Teórico e metodológico da geografia. Hucitec. São Paulo 1988.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SILVA, A. A. et al. Políticas públicas e participação: entre a gestão da vida e as lutas cotidianas. In: Anais do 2º Encontro Internacional de Política social e 9º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X. Vitória (ES). Agosto. 2014.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and

Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California. Working paper... San Diego, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 585-597, Sept. 2005 .

TEIXEIRA, D. V.; BARROS, M. E. B. Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho. Psicol. Soc., Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 81-90, Apr. 2009.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, ONU Mulheres, SPM e Flacso, 2015 Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf> Acessado em: 25 ago 2017.